Rok XLVIII. Kraków, dnia 3. lipca 1909. Nr 27.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki chorób wewnętrznych Prof. Dra K. Wagnera w Kijowie.

W sprawie miesienia brzucha przy chorobach serca.

Podał

Jan Studziński.

(Ciąg dalszy).

4. Niedomykalność zastawki dwudzielnej. J. W., lat 22, prawosławny, przed 8 laty przebył płonicę, poczem długo brzękły mu nogi. Następnie stan poprawił się. Przez 6 lat W. czuł się zdrowym, w ciągu zaś ostatnich 2 lat skarży się na duszność, bicie serca, niedomagania i na zjawiający się od czasu do czasu obrzęk nóg. Od 2 prawie tygodni obrzęki całego ciała, duszność i bicie serca większe, chory nie może chodzić. Wyskoku nie nadużywał. Kiły miał nie przebywać.Dziedzicznie nie obciążony. Przyjęty do kliniki 13/XII 1907 r.

Układ kostny i mięśniowy rozwinięte prawidłowo. Skóra i widzialne błony śluzowe bladawe z odcieniem sinawym. Ogólny obrzęk na całym tułowiu i kończynach. Granice płuc prawidłowe; przy opukiwaniu odgłos jawny; oddech zaostrzony, wszędzie rozsiane suche rzężenia. Prawa granica stłumienia serca na prawej linii mostkowej, górna na 4. żebrze, lewa na palec na zewnątrz od linii sutkowej. Uderzenie końca serca w 5. międzyżebrzu, na palec w lewo od linii sutkowej; ledwie macalne. Nad końcem serca silny szmer skurczowy, nad tętnicą płucną drugi ton wzmocniony. Tętno 80 w 1 minucie, miękkie. Brzuch wzdęty, w jamie brzusznej niewielka ilość płynu wolnego. Wątroba macalna na 2 palce poniżej łuku żebrowego, miękka. Śledziona macalna na $1^1/_2$ palca poniżej łuku, zbita. Dobowa ilość moczu 1200 ctm. sz., c. g. 1.018, odczyn kwaśny, ledwie dostrzegalne ślady białka, cukru niema; w osadzie niema nic nieprawidłowego.

Podano: napar gorzykwiatu (5,0 : 200,0) z kofeiną (0,3) co 2 godziny łyżkę. Zalecono spokój.

Obrzęki z każdym dniem mniejsze, a 31/XII pozostał już tylko nieznaczny obrzęk goleni. Podawania lekarstwa zaniechano. 3/I 1908 r. prawa granica stłumienia serca posunęła się do linii środkowej, lewa do sutkowej, górna w 4. międzyżebrzu. Przy osłuchiwaniu te same objawy, jak poprzednio. Obrzęków niema. Miesienie brzucha stosowano 5 razy.

Wyniki następujące (p. tabl. Nr. 4): Granice stłumienia serca bezpośrednio przed i po miesieniu bez zmiany. Tętno po miesieniu było częstsze 2 razy, wolniejsze 2 razy, a bez zmiany 1 raz. Oddech bez zmiany. Ciśnienie krwi po miesieniu było niższe 2 razy, pozostało bez zmiany 3 razy. Krzywe tętna przed i po miesieniu naogół różnicy nie wykazują. Samopoczucie bez zmiany.

Tablica Nr. 4.

Data	Dobowa ilość moczu ctm. sz.	Przed miesieniem			Po miesieniu			Uwagi
		Oddech	Tętno	Ciśnienie	Oddech	Tętno	Ciśnienie	
3/I	1300	20	54	155	20	54	155	
4	1300	24	72	160	24	76	155	
5	1200	28	60	170	28	54	160	
6	1200	30	64	155	30	66	155	
7	1200	30	72	170	30	70	170	

5. Niedomykalność zastawki dwudzielnej i zwężenie lewego ujścia żylnego w okresie niewyrównania serca. Marskość zastoinowa wątroby. Stwardnienie tętnic. R. T., lat 46, izraelitka, uważa się za chorą od 6 lat, od czasu, kiedy zaczęła doświadczać duszności i bicia serca przy chodzeniu, czasami bolów w okolicy serca, i zauważyła stopniowe powiększanie się brzucha. Ostatnimi czasy cierpienia te tak się wzmogły i chora tak osłabła, że nie może o własnych siłach przejść przez pokój. Moczu bardzo niewiele; ciągłe zaparcie stolca (stolec raz na 5 dni). Brak łaknienia. 4 porody. Przedtem zawsze była zdrową. Dziedzicznie nie obciążona. Przyjęta do kliniki 17/X 1907 r.

Układ kostny i mięśniowy bez zboczeń. Skóra i widzialne błony śluzowe blade. Podściółka tłuszczowa mierna. Obrzęki nóg do kolan (wgłębienia na $^1/_2$ ctm.). Układ nerwowy prawidłowy. Granice płuc prawidłowe, ruchome; przy opukiwaniu odgłos jawny; oddech pęcherzykowy. Cała okolica serca tętni. Prawa granica stłumienia serca na palec na prawo od prawej linii mostkowej, górna na 4 żebrze, lewa na 3 palce na lewo od linii sutkowej. Uderzenie końca serca w 6 międzyżebrzu, rozlane, bardzo wyraźne. Nad końcem serca szmer skurczowy i rozkurczowy, nad tętnicą płucną i główną drugi ton wzmocniony. Tętnice obwodowe stwardniałe (II stopnia). Tętno 60 w minucie, nierówne, niemiarowe, średnio pełne. Żyły podskórne na brzuchu i kończynach dolnych dość znacznie rozszerzone. Brzuch znacznie powiększony, napięty, chełboce; obwód brzucha 127 ctm.; płyn sięga na szerokość dłoni wyżej pępka. Przepuklina pępkowa. Wątroba i śledziona nie dają się wymacać. Dobowa ilość moczu 800 ctm. sz., c. g. 1.016; odczyn kwaśny; białka i cukru niema; w osadzie niema nic chorobowego.

19/X wypuszczono z jamy brzusznej 11 litrów cieczy przeźroczystej, surowiczej, ciemno-żółtej, o c. g. 1.017, białka w niej 7%; w osadzie niewielka ilość śródbłonków, oraz krwinek białych i czerwonych. Wątroba macalna na 3 palce poniżej łuku żebrowego (powiększony przeważnie płat lewy), twarda gruboziarnista, brzeg zaostrzony. Śledziona wymacać się daje, na 2 palce poniżej łuku, zbita, brzeg tępy. Obwód brzucha 97 ctm. Podano: napar gorzykwiatu (8.0:180.0) z salicylanem sodowo-kofeinowym (1.5) i octanem potasu (4.0) — 6 łyżek dziennie.

Od 20/X do 11/XI ilość płynu w jamie brzusznej zwiększa się stopniowo. Dobowa ilość moczu waha się od 1200 do 1600 ctm. sz. Zatwardzenie jak poprzednio. Przy próbach chodzenia bicie serca. 12/XI prawa granica stłumienia serca na prawej linii mostkowej, górna na 4 żebrze, lewa na 2 palce na lewo od linii sutkowej; przy osłuchiwaniu te same objawy co i poprzednio. Obwód brzucha 112 ctm. Niewielkie obrzęki stóp i $^2/_3$ dolnych goleni. Miesienie brzucha stosowano z początku 10 razy, potem od 23/XI miesienia i leków zaniechano. 23/XI stolec 1 raz, moczu 2200 ctm. sz.; 24/XI stolca nie było; moczu 1800 ctm. sz.; 25/XI stolca nie było; moczu 1700 ctm. sz.; 26/XI stolec za la-

watywą; moczu 1200 ctm. sz.; 27/XI stolca nie było, moczu 1100 ctm. sz. Od 28/XI miesienie stosowano znów 5 razy.

Wyniki następujące (p. tabl. Nr. 5 a, b): Granice stłumie-

Tablica Nr. 5, a.

Data	Dobowa ilość moczu ctm. sz.	Przed miesieniem			Po miesieniu			Uwagi
		Oddech	Tętno	Ciśnienie	Oddech	Tętno	Ciśnienie	
13/XI	1600	20	96	125	20	90	130	
14	1500	20	84	120	20	84	125	
15	1600	18	84	120	18	90	125	
16	1300	18	78	120	20	78	125	
17	2100	20	88	120	20	86	125	
18	2400	20	84	120	20	84	125	
19	1900	18	70	125	20	68	125	
20	1500	18	72	120	18	76	120	
21	1400	18	84	120	18	76	125	
22	1800	20	64	125	20	64	130	

Tablica Nr. 5, b.

Data	Dobowa ilość moczu ctm. sz.	Przed miesieniem			Po miesieniu			Uwagi
		Oddech	Tętno	Ciśnienie	Oddech	Tętno	Ciśnienie	
28/XI	700	20	88	125	20	90	120	
29	900	18	72	125	18	76	125	
30	1200	20	80	125	20	88	125	
1/XII	1100	18	80	125	18	80	125	
2	1100	18	80	125	18	80	125	Od 3/XII miesiączka

nia serca przed i po miesieniu bez zmiany. Oddech po miesieniu był częstszy 2 razy, bez zmiany 13 razy. Tętno po miesieniu było częstsze 5 razy, wolniejsze 4 razy, bez zmiany 6 razy. Ciśnienie krwi było wyższe 8 razy, niższe 1 raz, bez zmiany 6 razy. Krzywe tętna naogół przed i po miesieniu wyraźnej różnicy nie okazują. Przez cały czas miesienia stolec codziennie. Ogólny stan od pierwszych dni miesienia znacznie lepszy; w czasie 5-dniowej przerwy trochę gorszy, lecz w każdym razie chora mogła przechadzać się, nie doznając ani duszności, ani bicia serca. Zwiększenia ilości płynu w jamie brzusznej w okresie miesienia nie spostrzeżono. Pod wpływem miesienia dobowa ilość moczu nieco większa.

6. Niedomykalność zastawki dwudzielnej i zwężenie lewego ujścia żylnego w okresie niewyrównania serca. L. A., lat 26, prawosławny; przed 3 laty przebył ostry gościec stawowy, powikłany zapaleniem wsierdzia. Pewien czas po przyjściu do zdrowia czuł się nieźle, dopóki nie został uderzony młotem w lewy bok. Od tego czasu stale uskarża się na bicie serca, duszność i niezdolność do pracy. Przed trzema dniami bez żadnego powodu obrzękły mu nogi i dolna połowa tułowia; duszność znacznie się wzmogła, zjawił się kaszel z plwociną krwawą. Gorączki niema. Wyskoku nie nadużywał; kiły miał nie przebywać. Wstąpił do kliniki 6/XIII 1907 r.

Układ kostny i mięśniowy prawidłowy. Skóra i widzialne błony śluzowe blade z odcieniem sinawym. Podściółka tłuszczowa skąpa. Obrzęk kończyn dolnych i dolnej połowy tułowia. Odruchy ścięgniste znacznie wzmożone. Granice płuc prawidłowe, ruchome; przy opukiwaniu odgłos jawny. Przy osłuchiwaniu stwierdza się nad i pod lewym obojczykiem oddech zaostrzony z wydechem przedłużonym; z tyłu zaś w obu dolnych płatach nieznaczne osłabienie oddechu i znaczna ilość wilgotnych drobnobańkowych rzężeń. Prawa granica stłumienia serca, począwszy od prawego stawu mostkowo-obojczykowego idzie ukośnie w dół i w prawo, przecinając 5 żebro na 3 palce na prawo od prawej linii mostkowej; lewa granica zaczyna się na palec na lewo od lewego stawu mostkowo-obojczykowego i idzie ukośnie w dół i w lewo do 6 międzyżebrza, które przecina na 2 palce na lewo od linii sutkowej. Uderzenie koniuszkowe rozlane, wyraźne, w 6 międzyżebrzu na palec na zewnątrz od linii sutkowej. Przy osłuchiwaniu nad wierzchołkiem szmer przedskurczowy i skurczowy, oraz rozdwojenie drugiego tonu; nad tętnicą płucną drugi ton wzmocniony; nad tętnicą główną 2 tony. Tętno 100 w 1 minucie, dość próżne i nadzwyczaj wyraźnie dwubitne. W jamie brzusznej wolny ruchomy płyn, sięgający do pępka. Wątroba wystaje na 4 palce z pod łuku żebrowego, zbita, bolesna. Dobowa ilość moczu 1000 ctm. sz.; c. g. 1.026; odczyn zasadowy; białka $1^0/_{00}$; cukru niema; w osadzie dużo fosforanów wapnia i magnu, zrzadka wałeczki szkliste, nabłonka nerkowego nie znaleziono. W plwocinach laseczników gruźliczych nie znaleziono.

Podano napar gorzykwiatu (8.0:200.0) z kofeiną (0.3) co 2 godziny łyżkę.

7/XII stan chorego bez zmiany; waga 78 kg. Zalecono miesienie brzucha. Miesienie brzucha stosowano 6 razy.

Wyniki następujące (p. tabl. Nr. 6): Granice stłumienia

Tablica Nr. 6.

Data	Dobowa ilość moczu ctm. sz.	Przed miesieniem			Po miesieniu			Uwagi
		Oddech	Tętno	Ciśnienie	Oddech	Tętno	Ciśnienie	
8/XII	650	30	94	160	30	90	170	
9	700	30	100	165	30	100	165	
10	650	30	112	155	30	108	150	
11	800	30	96	165	30	92	170	
12	800	30	96	175	30	96	165	Waga 77 kg.
16	700	30	96	175	30	96	165	Waga 80 kg.

serca bezpośrednio przed i po miesieniu bez zmiany. Oddech bez zmiany. Tętno było wolniejsze 3 razy, pozostało bez zmiany 3 razy. Ciśnienie krwi po miesieniu było wyższe 2 razy, niższe 3 razy, bez zmiany 1 raz. Krzywe tętna przed i po miesieniu naogół różnicy nie okazują. Chory z trudem leży 15 minut dla wykonania miesienia, lecz po każdem miesieniu czuje się znacznie lepiej. Po pięciu dniach miesienia górna granica przesunęła się do 3 żebra, prawa na palec w prawo od prawej linii mostkowej; lewa do sutkowej. Obrzęk nieco mniejszy. Waga 77 kg. W czasie przerwy w miesieniu od 12/XII do 16/XII przy podawaniu tych samych co poprzednio leków obrzęki szybko się zwiększyły i lewa granica serca posunęła się na $1^1/_2$ palca w lewo. Waga 80 kg. Przy osłuchiwaniu serca objawy te same. Białka w moczu $1^0/_{00}$.

7) Niedomykalność zastawki dwudzielnej i zwężenie lewego ujścia żylnego. Krwotok do jamy opłucnej, wskutek rany kłutej. Wtórne śródmiąższowe zapalenie nerek. Stwardnienie tętnic. W. J., lat 40, prawosławny, blizko od 4 lat uskarża się na kaszel, duszność, bicie serca po pracy fizycznej, lub po szybszych ruchach, wskutek czego musiał ostatnimi czasy zaniechać pracy. Przed 5 dniami został zraniony nożem w plecy, poczem bardzo osłabł i zaczął uskarżać się na silną duszność; jednocześnie obrzękły mu nogi. Wyskoku nie nadużywał. Kiły miał nie przebywać. Dawniej często cierpiał na zimnicę. Wstąpił do kliniki 11/I 1908 r.

Układ kostny i mięśniowy bez zboczeń. Skóra na twarzy i rękach, oraz widzialne błony śluzowe blade z odcieniem sinawym. Podściółka tłuszczowa nieznaczna. Niewielkie obrzęki stóp i dolnej części goleni. Górne i prawa dolna granica płuc prawidłowe. Z lewej strony stłumienie zaczyna się z przodu od 4 żebra, a z tyłu od dolnego kąta łopatki. Oddech i drżenie piersiowe w okolicy stłumienia osłabione. Przy próbnem nakłuciu wydobyto czystą krew barwy ciemno-czerwonej. Prawa granica stłumienia serca na prawej linii przymostkowej, górna w 3 międzyżebrzu. Uderzenie koniuszkowe w 5 międzyżebrzu na palec na zewnątrz od linii sutkowej, niewyraźne. Nad koniuszkiem nieznaczne wzmocnienie pierwszego tonu i szmer poskurczowy, nad tętnicą płucną pierwszy ton ze szmerem, drugi wzmocniony; nad tętnicą główną niewielkie wzmocnienie drugiego tonu. Tętno nieregularne, zliczyć się nie daje. Stwardnienie tętnic obwodowych II stopnia. Wątroba macalna na 2 palce poniżej łuku żebrowego, zbita. Śledziona macalna na szerokość dłoni poniżej łuku, zbita, brzeg tępy. Dobowa ilość moczu 900 ctm. sz.; c. g. 1.021; odczyn kwaśny; ślady białka; cukru niema; w osadzie wałeczki szkliste (3—4 w polu widzenia), drobno- i gruboziarniste (1—2 w polu widzenia), krwinki białe (10—15 w polu

widzenia) i zrzadka czerwone, nabłonek nerkowy; dużo soli moczowych.

Podano: napar naparstnicy (0.6:150.0) z kofeiną (0.3) co 2 godziny łyżkę, a od 19/I zamiast naparstnicy gorzykwiat (6.0).

Obrzęki zaczęły szybko ustępować i ilość krwi w jamie opłucnej zmniejszyła się. 28/I prawa granica stłumienia serca tuż za linią środkową, lewa na palec na zewnątrz od linii sutkowej; górna na 4 żebrze. Obrzęków niema. Krwi w jamie opłucnej prawie niema. Leków zaniechano. Od 2/II zalecono miesienie brzucha. Miesienie stosowano 5 razy.

Wyniki następujące (p. tabl. Nr. 7): Granice stłumienia

Tablica Nr. 7.

Data	Dobowa ilość moczu ctm. sz.	Przed miesieniem			Po miesieniu			Uwagi
		Oddech	Tętno	Ciśnienie	Oddech	Tętno	Ciśnienie	
2/XII	1700	20	72	145	20	64	130	
3	1300	20	64	145	20	68	145	
4	1700	20	72	150	20	68	155	
5	1850	18	66	135	18	76	140	
6	2500	18	72	135	18	72	135	

serca bezpośrednio przed i po miesieniu bez zmiany. Oddech bez zmiany. Tętno po miesieniu stało się częstszem 2 razy, wolniejszem 2 razy, pozostało bez zmiany 1 raz. Największe przyspieszenie do 10 uderzeń w 1 minucie, największe zwolnienie do 8 w 1 minucie. Ciśnienie krwi po miesieniu podniosło się 2 razy, spadło 1 raz, pozostało bez zmiany 2 razy. Krzywe tętna wskazywały naogół po miesieniu skłonność do zmniejszenia się napięcia naczyń. Samopoczucie po miesieniu dobre.

Zestawiając wszystkie 7 spostrzeżeń tej grupy, można powiedzieć, że samopoczucie w 1, 5 i 6 przypadku po miesieniu było znacznie lepsze, w pozostałych bez zmiany. W przypadkach z niewyrównaniem serca (5 i 6) ilość przesięku w jamie brzusznej nie wzrastała. Dobowa ilość moczu, z wyjątkiem niewielkiego wzrastania w 5 i 7 przypadku, naogół pozostała bez zmiany. Oddech po miesieniu stał się częstszym 4 razy, wolniejszym 3 razy, a pozostał bez zmiany 51 razy. Tętno pod wpływem miesienia stało się częstsze 18 razy, wolniejsze 14 razy, a pozostało bez zmiany 26 razy. Ciśnienie w tętnicy ramieniowej po miesieniu podniosło się 20 razy, spadło 11 razy, pozostało bez zmiany 27 razy. Granice stłumienia serca bezpośrednio przed i po miesieniu naogół bez zmiany. Na krzywych, zdjętych bezpośrednio przed i po miesieniu, albo nie spostrzega się żadnej różnicy, albo spostrzega się po miesieniu pewne zmniejszenie się napięcia naczyń.

Grupa II. Wady tętnicy głównej.

8) Zwężenie ujścia tętnicy głównej i niedomykalność jej zastawek. P. S., lat 21, prawosławny. Przed 3 laty przebył ostry gościec stawowy, poczem narazie przez pewien czas doświadczał duszności po szybszych ruchach, lecz z czasem duszność ustąpiła i chory czuł się zupełnie dobrze; dopiero od dwóch miesięcy zaczął doznawać chwilami ściskania w okolicy serca. Wyskoku nadużywał, kiły nie przebywać. Dziedzicznie nie obciążony. Przyjęty do kliniki 18/IV 1907 r.

Układ kostny i mięśniowy dobrze rozwinięty. Skóra i widzialne błony śluzowe blado-różowe. Podściółka tłuszczowa mierna. Obrzęków niema. Granice płuc prawidłowe, przy opukiwaniu odgłos jawny, oddech pęcherzykowy. Prawa granica stłumienia serca na lewej linnii mostkowej, górna na 4 żebrze, lewa na linii sutkowej. Uderzenie koniuszkowe w 6 międzyżebrzu, na linii sutkowej, wyraźne. Wszędzie słychać 2 szmery, najlepiej wszakże nad tętnicą główną; nad tętnicą płucną drugi ton wzmocniony. Tętno 70 w 1 minucie, pełne, mające cechę chybkiego, dostrzegalne w naczyniach włoskowatych. Wątroba nie macalna. Śledziona wymacać się daje na $1\frac{1}{2}$ palca poniżej łuku żebrowego, zbita. Dobowa ilość moczu 1400 ctm. sz.; c. g. 1.016; odczyn kwaśny; białka i cukru niema; w osadzie nic chorobowego.

Od 18/IV do 26/IV samopoczucie dobre. Miesienie brzucha stosowano 6 razy.

Wyniki następujące (p. tabl. Nr. 8): Granice stłumienia

Tablica Nr. 8.

Data	Dobowa ilość moczu ctm. sz.	Przed miesieniem			Po miesieniu			Uwagi
		Oddech	Tętno	Ciśnienie	Oddech	Tętno	Ciśnienie	
27/IV	1500	20	72	190	20	72	175	
28	1300	18	60	155	18	64	135	
29	1400	20	58	175	20	64	150	
30	1400	20	72	150	20	72	150	
1/V	1200	20	72	105	20	72	155	
2	1500	18	60	150	18	60	135	

serca przed i po miesieniu bez zmiany. Oddech bez zmiany Tętno po miesieniu stało się częstsze 2 razy, pozostało bez zmiany 4 razy. Ciśnienie krwi spadło 5 razy, pozostało bez zmiany 1 raz. Największe obniżenie ciśnienia sięgało 25 mm. Hg. Krzywe tętna, zdjęte przed i po miesieniu, naogół różnicy nie okazują. Samopoczucie przez cały czas po miesieniu bardzo dobre.

9. Zwężenie ujścia tętnicy głównej i niedomykalność jej zastawek w okresie niewyrównania, stwardnienie tętnic. N. J., lat 46, wyznania ewangielickiego, uskarża się na duszność, ogólne niedomaganie, bicie serca i silny kaszel, który nie pozwala mu usnąć. Po raz pierwszy doświadczył duszności przed 5 laty. Od marca bieżącego roku duszność i bicie serca z niewielkiemi przerwami trwają ciągle. Ostatnimi czasy bardzo osłabł. Wyskoku nadużywał. Kiły miał nie przebywać. Dziedzicznie nie obciążony. Przyjęty do kliniki 21 XI 1907 r.

Układ kostny i mięśniowy rozwinięty prawidłowo. Skóra i widzialne błony śluzowe blade, nieco sinawe. Podściółka tłuszczowa niewielka. Obrzęk kończyn dolnych i okolicy krzyżowej. Granice płuc prawidłowe, ruchome, przy opukiwaniu odgłos jawny, oddech pęcherzykowy, przerywany, mający cechę oddechu Cheyne-Stokesa, z obfitą ilością wilgotnych drobno- i średnio-bańkowych rzężeń, zwłaszcza w tylnych dolnych częściach płuc. Prawa granica stłumienia serca na linii środkowej, górna na 4 żebrze, lewa na 2 palce na zewnątrz od linii sutkowej, dolna na górnym brzegu 7. żebra. Uderzenie końca serca nie widzialne, nie macalne. Nad całą okolicą serca słychać 2 szmery, najwyraźniej w 2 międzyżebrzu koło prawego brzegu mostka. Szmer skurczowy udziela się nad tętnicę podobojczykową i nad obojczyk. Mocne tętnienie tętnic skroniowych, dolnej tarczowej, podobojczykowych i ramiennych. W dużych tętnicach tętno wstępujące (anakrotyczne). W tętnicy ramiennej pierwszy ton Tętno 80 w 1 minucie, mające cechę chybkiego. Stwardnienie tętnic II stopnia. Wątroba sięga do linii pępkowej, bolesna. Śledziona macalna na 2 palce poniżej łuku żebrowego. Dobowa ilość moczu 900 ctm. sz.; c. g. 1.014; odczyn kwaśny; ślady białka; w osadzie rzadko wałeczki szkliste i drobnoziarniste; nabłonka nerkowego nie znaleziono.

Podano: napar gorzykwiatu (8.0:180.0) z kofeiną (0.3) octanem potasu (4.0) 3 łyżki dziennie. Zalecono spokój, dyetę mleczną. Od 24/XI zalecono miesienie brzucha. Miesienie brzucha stosowano 10 razy.

Wyniki następujące (p. tabl. Nr. 9): Granice stłumienia serca bezpośrednio przed i po miesieniu bez zmiany. Oddech bez zmiany z cechą oddechu Cheyne-Stokesa. Tętno po miesieniu było częstsze 2 razy, wolniejsze 3 razy, pozostało bez zmiany 5 razy. Ciśnienie krwi po miesieniu było wyższe 8 razy, pozostało bez zmiany 2 razy. Największe podniesienie ciśnienia krwi o 25 mm. Hg. W krzywych tętna, zdjętych przed i po miesieniu, różnicy naogół nie było. Ogólny stan i samopoczucie z każdym dniem stopniowo się poprawiały.

10. Zwężenie ujścia tętnicy głównej i niedomykalność jej zastawek. C. M., lat 21, izraelita. Przed 12 laty przebył ostry gościec stawowy, poczem czuł się dobrze. Od 4 lat chory uskarża się od czasu do czasu na bole w krzyżach; przez ostatnie 9 miesięcy na bicie serca i ból w okolicy serca. Wy-

skoku nie nadużywał. Kiły miał nie przebywać. Dziedzicznie nie obciążony. Przyjęty do kliniki 28/XII 1907 r.

Tablica Nr. 9.

Data	Dobowa ilość moczu ctm. sz.	Przed miesieniem			Po miesieniu			Uwagi
		Oddech	Tętno	Ciśnienie	Oddech	Tętno	Ciśnienie	
24/XI	900		74	200		72	225	
25	zebrać nie było można	Cheyne-Stokesa	72	190	Cheyne-Stokesa	72	215	
26			78	195		72	220	
27			70	190		70	205	
28	900		76	190		76	205	Rozwolnienie
29	1000		76	180		76	180	
30	1200		74	200		76	210	
1/XII	1200		76	200		72	200	
2	1500		76	205		76	225	
3	1400		72	190		76	205	

Układ kostny i mięśniowy rozwinięte prawidłowo. Skóra i widzialne błony śluzowe bladawe. Podściółka tłuszczowa mierna. Obrzęków niema. Odruchy skórne znacznie wzmożone, kolanowe zaś obniżone. W płucach zboczeń od stanu prawidłowego niema. Prawa granica stłumienia serca na prawej linii mostkowej, górna na dolnym brzegu 3 żebra, lewa na przedniej linii pachowej. Uderzenie końca serca w 6 międzyżebrzu, bardzo wyraźne. Wszędzie słychać 2 szmery, najwyraźniej w 3 prawem międzyżebrzu, tuż koło mostka. Szmer skurczowy udziela się nad główkę ramienia. We wszystkich tętnicach obwodowych ton pierwszy kłapiący. Tętno 72 w 1 minucie, napięte, chybkie, znacznie opóźniające się w porównaniu z uderzeniem koniuszkowem. Wątroba macalna na 2 palce poniżej łuku żebrowego, miękka. Śledziona nie macalna. Dobowa ilość moczu 1400 ctm. sz.; c. g. 1.016; odczyn kwaśny; ledwie dostrzegalne ślady białka; cukru niema; w osadzie nic chorobowego.

Od 2/I 1908 r. zalecono miesienie brzucha. Miesienie stosowano 5 razy.

Wyniki następujące (p. tabl. Nr. 10): Granice stłumienia

Tablica Nr. 10.

Data	Dobowa ilość moczu ctm sz.	Przed miesieniem			Po miesieniu			Uwagi
		Oddech	Tętno	Ciśnienie	Oddech	Tętno	Ciśnienie	
2/I	1700	28	82	185	22	64	160	
3	1500	22	70	165	22	60	155	
4	1600	22	70	155	22	68	155	
5	1700	22	58	160	22	58	160	
6	1600	26	64	145	26	64	145	

serca bezpośrednio przed i po miesieniu bez zmiany. Oddech stał się wolniejszym 1 raz, pozostał bez zmiany 4 razy. Tętno stało się wolniejszem 3 razy, pozostało bez zmiany 2 razy. Największe zwolnienie było o 18 uderzeń w 1 minucie. Ciśnienie krwi było niższe po miesieniu 2 razy, pozostało bez zmiany 3 razy. Na krzywych tętna po miesieniu widoczna była naogół skłonność do zmniejszenia się napięcia naczyń. Samopoczucie po miesieniu bez zmiany.

11. Zwężenie ujścia tętnicy głównej i niedomykalność jej zastawek. Stwardnienie tętnic. B. G., lat 24, prawosławny. Przed 8 laty przebył ostry gościec stawowy, poczem przez 4 lata czuł się dobrze, następnie znów zapadł na gościec stawowy i od tego czasu chwilami doświadcza bicia serca i duszności, występujących stale po szybkiem chodzeniu lub ciężkiej pracy. Wyskoku nie nadużywał. Kiły miał nie przebywać. Wstąpił do kliniki 2/I 1908 r.

Układ kostny i mięśniowy rozwinięty prawidłowo. Skóra i widzialne błony śluzowe bladawe. Podściółka tłuszczowa mierna. Obrzęków niema. Układ nerwowy bez zboczeń. Granice płuc prawidłowe, brzegi ruchome, przy opukiwaniu odgłos jawny, oddech pęcherzykowy. Prawa granica stłumienia serca na linii środkowej, górna na 4 żebrze, lewa na palec na zewnątrz od linii sutkowej. Uderzenie koniuszkowe w 6 międzyżebrzu, na palec na zewnątrz od linii sutkowej, mało wyraźne. Nad końcem szmer rozkurczowy, wzmagający się w kierunku tętnicy głównej, gdzie słychać szmer skurczowy i rozkurczowy. Szmer skurczowy udziela się nad główkę ramienia. Nad tętnicą płucną drugi ton nieco wzmocniony. Tętno 90 w 1 minucie, pełne, chybkie, widoczne w naczyniach włoskowatych. Stwardnienie tętnic I stopnia. Nad tętnicą biodrową ton. Wątroba daje się wymacać na palec poniżej łuku żebrowego, zbita. Dobowa ilość moczu 1650 ctm. sz.; c. g. 1.015; odczyn kwaśny; białka i cukru niema; w osadzie nic chorobowego.

Od 2/I do 28/I różnicy w stanie chorego nie dostrzeżono. Od 21/I zalecono miesienie brzucha. Miesienie stosowano 5 razy.

Wyniki następujące (p. tabl. Nr. 11): Granice stłumienia

Tablica Nr. 11.

Data	Dobowa ilość moczu ctm. sz.	Przed miesieniem			Po miesieniu			Uwagi
		Oddech	Tętno	Ciśnienie	Oddech	Tętno	Ciśnienie	
29/I	1600	20	90	150	20	76	145	
30	1700	18	84	135	18	80	135	
3/II	1500	18	80	125	18	78	140	
4	1500	18	88	135	18	80	140	
5	1500	18	84	135	18	76	140	

serca bezpośrednio przed i po miesieniu bez zmiany. Oddech po miesieniu bez zmiany. Tętno po miesieniu było wolniejsze; największe zmniejszenie ilości uderzeń dochodziło do 14 w 1 minucie. Ciśnienie krwi po miesieniu było wyższe 3 razy, niższe 1 raz, pozostało bez zmiany 1 raz. Na krzywych tętna daje się zauważyć skłonność do zmniejszenia się napięcia naczyń po miesieniu. Samopoczucie po miesieniu dobre.

Zestawiając spostrzeżenia tej grupy widzimy, że samopoczucie po miesieniu w 10 i 11 przypadku pozostawało bez zmiany, w 8 i 9 stało się lepszem; przy tem należy nadmienić, że w przypadku 9 na polepszenie samopoczucia niemało wpłynęła dyeta mleczna, spokój, środki sercowe i zwiększenie się ilości moczu. Oddech był częstszy 1 raz, bez zmiany pozostał 25 razy (w przypadku 9 oddech Cheyne-Stokesa powstawał u chorego częściowo pod wpływem leżenia na wznak). Tętno po miesieniu było częstsze 4 razy, wolniejsze 11 razy, a pozostało bez zmiany 11 razy. Ciśnienie krwi po miesieniu było wyższe 11 razy, niższe 8 razy i bez zmiany 7 razy. Granice stłumienia serca bezpośrednio przed i po miesieniu, pozostawały bez zmiany. Na krzywych tętna, zdjętych przed i po miesieniu, albo nie zauważa się żadnej różnicy, albo można zauważyć pewne zmiejszenie się napięcia naczyń po miesieniu.

(Ciąg dalszy nast.).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Grysez. **Seroterapia przeciwmeningokokowa.** (*Presse méd.* 1909, Nr 43). Surowicę przeciwmeningokokową wykrył w r. 1905 Flexner w Nowym-Jorku, równocześnie w Niemczech Kolle i Wassermann, a potem Jochman. Później zaczął ją wyrabiać Merkl w Wiedniu, a w ostatnim czasie Dopter w Zakładzie Pasteura w Paryżu. Wszystkie te surowice działają wprost na dwoinki zapalenia opon i niszczą je, zetknąwszy się z niemi. Należy je zatem chorym wstrzykiwać wprost do rdzenia. Nakłuwa się kanał kręgowy, ułożywszy chorego na boku w pozycyi możliwie najbardziej zgiętej. Wypuszcza się 20—30 ctm³ płynu mózgowo-rdzeniowego, który się zbiera w jałowe rurki do

zbadania bakteryologicznego; wstrzykuje się potem do kanału bardzo powoli (kilka minut) 20—30 ctm³ surowicy u dzieci, 30—45 ctm³ u dorosłych w przypadkach zwykłych i powtarza się te wstrzykiwania przez 3—4 dni z rzędu. W ciężkich przypadkach należy wstrzykiwać odrazu więcej, n. p. pierwszego dnia 80—90 ctm³ na dwa razy w odstępie 10—12 godzin, następnego dnia 45 ctm³, 3. i 4. dnia po 30 ctm³. Jeśli po kilku dniach nie widać wyraźnej poprawy, należy seryę wstrzyknięć powtórzyć. Te same przepisy odnoszą się do nawrotów choroby. 30—45 ctm³ surowicy można i wtedy wstrzyknąć, jeśli przy nakłuciu nic z kanału kręgowego nie wypływa. Wyniki mają być nadzwyczajne i tem lepsze, im wcześniej się surowicę wstrzykuje. Flexner na 328 przypadków uzyskał 85% uleczeń tam, gdzie wstrzyknięcia pierwszego dokonano w pierwszych trzech dniach choroby; 78% tam, gdzie surowicę wstrzyknięto między 4. a 7. dniem, a tylko 61% tam, gdzie ją wstrzyknięto później. Wstrzykiwania surowicy nie są zupełnie niebezpieczne, a więc można, nakłuwając kanał rdzeniowy w podejrzanym przypadku dla wzięcia płynu do zbadania bakteryologicznego odrazu wstrzykiwać surowicę, nie czekając wyniku badania bakteryologicznego. *Stahr.*

Martinet. **Nieszczęśliwe przypadki po stosowaniu surowicy przeciwbłoniczej w stosunku do dychawicy.** (*Presse méd.* 1909, Nr 40). Na podstawie zestawienia Giletta, lekarza nowojorskiego, który w 28 przypadkach widział zejście śmiertelne lub ciężki zapad po wstrzyknięciu surowicy przeciwbłoniczej, przyczem prawie we wszystkich tych przypadkach chorzy cierpieli przedtem na przypadłości ze strony narządu oddechowego: dychawicę oskrzelową, gorączkę sienną, lub ostry nieżyt oskrzeli, zwraca autor uwagę praktyków, by u takich chorych, u których w wywiadach stwierdzą skłonność do cierpień narządu oddechowego, co do wstrzykiwań surowicy przeciwbłoniczej zachowywali wielką ostrożność. *Stahr.*

R. Castex. **Kliniczne poszukiwania swoistych niweczników w surowicy chorych, zakażonych różnymi rodzajami paciorkowca.** (*Presse méd.* 1909, Nr 37). Metodą Gengou i Bordeta zbadał autor na oddziale Widala surowicę 21 chorych, dotkniętych różą, płonicą, ropniami, gorączką połogową, ropnem zapaleniem opłucnej, ropnem zapaleniem stawów, a nadto 10 osób zdrowych lub dotkniętych innemi chorobami, jak rakiem żołądka, durem, wrzodem żołądka, zapaleniem płuc i t. p., i stwierdził obecność swoistego amboceptora w surowicy chorych na różę, ropne zapalenie paciorkowcowe, zapalenie opłucnej, gorączkę połogową, zapalenie stawu i ropień wywołany przez paciorkowce. Z 5 badanych surowic u płoniczych otrzymał C. trzy razy wynik ujemny (i to z różnymi szczepami paciorkowca) w postaciach choroby łagodnych, które się skończyły zupełnem wyzdrowieniem, wynik był zaś dwa razy dodatni w złośliwych postaciach płonicy, zakończonych śmiercią. Żadna z 10 surowic ludzi zdrowych nie dała wyniku dodatniego. Wyniki te dowodzą z jednej strony jednolitości paciorkowca, a z drugiej przemawiają przeciw paciorkowcowemu pochodzeniu płonicy, w której paciorkowiec widocznie tylko wywołuje wtórne zakażenia. *Stahr.*

Dieulafoy. **Dwa przypadki posocznicy wiewiórowej, zakończone wyzdrowieniem, po którem natychmiast nastąpiło zakażenie durowe. Próba leczenia posocznicy wiewiórowej szczepionką wiewiórową.** (*Presse méd.* 1909, Nr 40). Autor opisuje swoje spostrzeżenia u dwóch chorych, którzy po zakażeniu się tryprem, ulegli posocznicy wiewiórowej, a wyleczeni z niej zapadli na dur brzuszny. Zakażenie wiewiórowe (ogólne) i durowe rozwijały się zupełnie od siebie niezależnie, i to tak, że po wiewiórze zjawiał się dur. Możnaby przypuścić dla wytłómaczenia sprawy, że prątek Ebertha został zaszczepiony obu chorym przez wstrzykiwanie zanieczyszczonej szczepionki wiewiórowej, lecz bardzo skrupulatne badania słoiczków, zawierających tę szczepionkę i szczepionki samej możliwość tę wyłączyły. Wyłącza autor również możliwość, by obaj chorzy zakazili się w szpitalu, gdyż równocześnie nie było na jego oddziale żadnego chorego na dur. Najbardziej przemawia autorowi do przekonania przypuszczenie, że obaj chorzy mieli w swym ustroju w chwili wstąpienia do szpitala utajone zarazki duru, które po niejakim czasie przeszły w stan czynny. Autor przypomina znany fakt, że istnieją tak zwani roznosiciele duru, u których, czy to w woreczku żółciowym, czy też w jelitach może przebywać prątek durowy nieczynny, wywołujący zaburzenia chorobowe dopiero wtedy, kiedy nastaną dla niego korzystne warunki bytu, może zatem być, chociaż tego autor nie udowadnia, że posocznica wiewiórowa stanowi owe korzystne warunki bytu dla prątka durowego. Szczepionkę wiewiórową (autor ją sprowadził od Wrighta z Londynu) Dieulafoy chwali, jako bardzo skuteczną na przypadłości wiewiórowe tak miejscowe, n. p. zajęcie stawów, jak i ogólne. *Stahr.*

A. Weber. **O poszukiwaniu prątków durowych w treści żołądkowej, zawierającej żółć.** (*Münch. med. Wochenschr.* 1909, Nr 18). Wiadomą powszechnie jest rzeczą, jak niebezpieczni dla swego otoczenia mogą być t. zw. roznosiciele duru (zobacz »Przegląd lek.« 1908, Nr 42) i dlatego doniosłe znaczenie miałby łatwy sposób stwierdzania, czy wydzieliny ozdrowieńca po durze zawierają prątki durowe, czy nie. Niestety jednak, mimo postępów techniki, stwierdzenie prątka durowego w kale nie należy wcale do rzeczy łatwych, a nadto, nie w każdym stolcu ozdrowieńców znajdują się w istocie prątki, a roznosiciele duru wydzielają nieraz prątki tylko okresami i nieraz długo po ozdrowieniu prątków wcale nie wydzielają. Wiadomo, że prątki durowe u ozdrowieńców zatrzymują się, żyją i mnożą się głównie w pęcherzyku żółciowym. Skoro tak jest, to należałoby wywołać wsteczny przypływ żółci z dwunastnicy i pęcherzyka do żołądka i dopiero szukać prątków durowych w treści żołądkowej, zawierającej żółć. Otóż Weber posługując się sposobem, stosowanym przez Volharda dla oznaczania energii tryptycznej, podaje badanemu 200 gr oliwy i po $^1/_2$ godziny dobywa z żołądka treść, która układa się w naczyniu w 2 warstwy: dolną, wodnistą, zabarwioną żółcią i górną, złożoną z oliwy. W tej to warstwie oliwnej zdołał Weber u dwóch roznosicieli duru (jednego mężczyzny i jednej kobiety) kilkakrotnie stwierdzić obecność prątka Ebertha. — W ten sam sposób wykazał Laubenheimer prątki paratyfusowe u osobnika, który był źródłem wielkiej liczby zakażeń paratyfusowych. Autor podkreśla, że prątki durowe, jeśli się znajdują w treści żołądkowej, to już w olbrzymiej ilości, gdy natomiast równoczesne badanie kału daje ledwo kilka kolonii prątka. W treści żołądkowej można jeszcze po dwóch dniach stwierdzić liczne prątki. Sposób ten można stosować w każdym szpitalu, nawet tam, gdzie niema żadnej pracowni bakteryologicznej, — a treść dobytą odsyłać nawet do odległej pracowni. — Co prawda, nie zawsze udaje się wywołać wsteczny przypływ żółci do żołądka, ale jeśli treść żołądkowa jest tylko trochę zabarwiona żółcią, to badanie »roznosiciela duru« daje wynik dodatni. A nieraz i wtedy udaje się stwierdzić obecność prątka durowego, kiedy treść, z żołądka dobyta, nawet wcale nie zawiera barwików żółciowych. Metodę tę należałoby zatem stosować u wszystkich chorych, opuszczających szpital po durze. *Stahr.*

John. **Kliniczne doświadczenia nad śródżylnemi wstrzykiwaniami nadnerczyny przy ciężkich zapadach.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 24). Dotychczasowe doniesienia o stosowaniu przy zapadach śródżylnych wstrzykiwań nadnerczyny brzmią wcale pomyślnie. Kothe stosował je z bardzo dobrym skutkiem celem zwalczania zapadów wśród znieczulenia rdzeniowego ($^1/_2$—1 cm³ kupnego 0,1% rozczynu epirenanu). Podobnie miał on otrzymać dobre wyniki przy zapadach wśród zapalenia otrzewnej, o czem donoszą także Haidenhain, Calmann i inni. Kothe stosuje śródżylnie adrenalinę, w przeciwieństwie do innych, nierozcieńczoną rozczynem soli kuchennej, wychodząc z założenia, że obciążanie pracy serca w zapadzie jeszcze $^1/_2$—1 litrem płynu jest przeciwwskazane. John stosował to leczenie w przypadkach, gdzie już inne środki, jak strofantyna, kofeina i kamfora odmówiły działania, i przekonał się, że przetwory nadnercza oddają nawet wtedy cenne usługi. Pierwszem, wpadającem w oczy zjawiskiem przy wstrzykiwaniach jest wybitne zblednięcie twarzy i błon śluzowych chorego, trwające 2—3 minut. Potem zjawia się zaraz znaczne podniesienie się ciśnienia krwi. Tętno zwalnia się chwilowo. Wybitne polepszenie stanu zjawia się dopiero w 2—4 tygodni. Bladość pochodzi od skurczu naczyń. To korzystne działanie nadnerczyny odnoszą niektórzy do tego, że właśnie przy silnych zapadach brakuje we krwi wydzieliny nadnerczy. Czy takie wstrzykiwania nie wywołują w ustroju potem jakichś zmian, orzec jeszcze trudno, ale nie można tego brać w rachubę wobec tego, że wstrzykiwania stosujemy u człowieka jako ostatni środek ratunku. Może jednak doświadczenie kliniczne wykaże, że będzie można obchodzić się znacznie mniejszemi dawkami. *A.*

Doc. Brugsch. **Nowsze prace nad fizyologią i patologią trzustki.** (*Med. Klinik* 1909, Nr 23). Nowe prace nad trzustką zmierzają głównie do wyjaśnienia sprawy cukrzycy trzustkowej. Zülzer doświadczalnie wykazał, że równoczesne wstrzyknięcie wyciągu trzustki i nadnerczyny wstrzymuje cukromocz, występujący po nadnerczynie, z czego Zülzer wnosi, że

cukrzyca trzustkowa jest niejako »dodatnią« cukrzycą nadnerczową, t. j. powstaje wskutek braku hamującego działania trzustki na nadnercza. Lewandowsky wykazał, że przy śródżylnem wstrzykiwaniu adrenaliny występuje krótkotrwałe rozszerzenie źrenicy, natomiast przy wkropleniu adrenaliny do oka to rozszerzenie nie występuje. Loewi przeniósł ten odczyn na chorych na cukrzycę i przekonał się, że odczyn ten występuje u tych chorych często (rozszerzenie źrenicy), natomiast u ludzi zdrowych bardzo rzadko. Loewi wnosi stąd, że trzustka drażni współczulne włókna hamujące, a brak czynności trzustki usuwa to działanie, czyli przez to źrenica pod wpływem adrenaliny się rozszerza. Falta, Eppinger i Rudinger zwrócili znów uwagę na wzajemny stosunek trzustki, tarczycy i układu chromochłonnego. Tak n. p. przy braku tarczycy nie występuje cukromocz adrenalinowy, a zjawia się zaraz po karmieniu zwierząt sokiem tarczycy. Wycięcie trzustki wzmaga ten cukromocz. Wynika z tego, że usunięcie jednego gruczołu ma podwójny skutek, 1) bezpośrednie działanie przez ustanie swoistej czynności, 2) pośrednie przez zadziałanie na inne gruczoły. Praktycznie wypowiedziećby to można w ten sposób, że pomiędzy tarczycą, trzustką, a układem chromochłonnym istnieje wzajemne hamowanie, pomiędzy tarczycą, a układem chromochłonnym wzajemne pobudzanie. Tak n. p. wycięcie tarczycy wiedzie przez ustanie hamowania do nadmiernej czynności trzustki, a naodwrót do zmniejszonego działania nadnerczy. Zwykłej cukrzycy nie należy utożsamiać z cukromoczem trzustkowym. Cukrzycę uważać musimy za wynik wspólnego działania na ustrój kilku czynników. Może z czasem uda się nam poznać je z osobna. Już obecnie na tem polu zaczynają się zwolna rozjaśniać pewne szczegóły, n. p. co do swoistego leczenia cukrzycy, które to leczenie w przyszłości napewno nastąpi. Obecnie leczymy, a raczej wpływamy na cukrzycę jedynie zapomocą dyety. Zülzer uczynił pierwszy krok naprzód. Opierając się na powyżej przytoczonych doświadczeniach, starał się leczyć cukrzycę wyciągami z trzustki i osiągnąć miał zachęcające wyniki, bo zmniejszanie się ilości cukru i zatrucia kwasami. Ciekawe są też ostatnie doświadczenia Vahlena. Jak wiadomo, ustrój chorego na cukrzycę nie traci wcale zdolności oksydacyi. Wynika z tego, że trzustka działa tylko jako katalizator, t. j. jako czynnik przyśpieszający rozpuszczanie cukru. Vahlen uzyskał z trzustki ciało, które samo nie rozkłada cukru, ale wyraźnie przyspiesza fermentacyę alkoholową. Prócz tego przekonał się V., że trzustka zawiera w sobie i inne ciała o wprost przeciwnem działaniu. Wobec tego uzasadnione są w cukrzycy próby stosowania drożdży. Dotąd zapomocą zymazy uzyskano w lżejszych postaciach cukrzycy wprawdzie przejściowe, ale zachęcające wyniki co do zmniejszania się ilości cukru. *A.*

Józef Zawadzki: **Wzór do obliczania wartości pieniężnej ciepłostek pokarmów.** (*Med. i Kron. lek.* 1909, Nr 25). Z. zajmuje się sprawą obliczania pieniężnej wartości kaloryi (ciepłostek) pokarmów. Właściwie dotąd nawet liczba ciepłostek, niezbędnych do utrzymania życia, nie została ściśle oznaczoną. Jako średnią liczbę przyjmuje się 3000 ciepłostek na dobę, z czego 476 przypada na białka, 474 na tłuszcze, reszta na węglowodany. Stosunek więc wypada: 1:1:4·3. Cena tych 3000 ciepłostek może być bardzo różna, bo od kilkunastu kopiejek do kilku rubli. 1000 ciepłostek, zawartych w pokarmach, zowiemy podług Bourgeta kilokaloryą. 1 gram białka daje 4·1 ciepłostek, 1 gram tłuszczu 9·1, a 1 gram węglowodanów 4·1 ciepłostek. Według tego ułożyć możemy łatwo różne wzory, dozwalające obliczać ilość pokarmów, koniecznych do pokrycia dziennej potrzeby ustroju, a także cenę tych pokarmów. W ten sposób oblicza Z. wartość pożywną i ekonomiczna najważniejszych produktów spożywczych, podając to w odpowiednich tablicach. Tak np. cena ciepłostek białkowych w kilokaloryi mięsa wyniesie 33·4 kop., tłuszczu 16·6 kop. Wartość pieniężna np. odpowiedniej dyety z przewagą białka i tłuszczów wypada na 60 kop. Tablice te i obliczenia mają wielką wartość dla dyetetyki poszczególnych osób, dalej dla układania tanich obiadów dla wojska, szpitali, kuchni ludowych i t. p. Nie można jednak na zasadzie czysto kalorymetrycznych danych żywić wszystkich chorych. Wchodzi tu w rachubę prócz innych przeciwwskazań i objętość pokarmu. Choremu np. z rozszerzeniem żołądka nie możemy podać 2 kg kartofli, ani 4$^1/_2$ kwarty mleka. Dobór pokarmów zależeć więc powinien od zasad dyetetyki danej choroby, a nie być szablonowym. Natomiast z przytoczonych tablic możemy odnieść wielką korzyść przy obliczaniu wartości tak licznie podanych i reklamowanych fabrycznych środków odżywczych. Tak np. wołowina chuda w ilości 1176 gramów daje 1000 kaloryi, a koszt ich wynosi 75 kopiejek. Tę samą liczbę kaloryi da 487 gramów peptonu Kemmericha, ale za cenę 4 rubli 50 kop., a tak zwany »cibils« wypada na 39 rubli. Podobnie rzecz się przedstawia przy różnych mączkach dla dzieci. 1000 kaloryi dobrego pokarmu dla dzieci, np. ryżu na mleku i. t. p. mieści się w 606 grm. (171 kal. białka, 387 kal. tłuszczu i 412 węglowodanów), a kosztuje 15 kop. Taż sama ilość ciepłostek mączki Nestlego daje mniej białka a więcej węglowodanów i kosztuje 65 kop., mączka Kufekego 77 kop., mellinsfood 1 rubel 35 kop. i t. p. Najtańszym środkiem odżywczym tego rodzaju jest może albuminoza Heneberga, której koszt wynosi 29 kop., t. j. i tak dwa razy tyle, jak koszt ryżu na mleku. Oprócz więc innych stron ujemnych sztucznych środków odżywczych, cena ich w zestawieniu z pokarmami naturalnymi jest bardzo wysoka. Środki te są z małymi wyjątkami pochodzenia zagranicznego i używając ich, samochcąc zubożamy kraj bez żadnego pożytku dla chorych.

Z wzorów podanych przez Z. może sobie łatwo każdy lekarz obliczyć wartość dyetetyczną i pieniężną pokarmów i środków odżywczych. *Z.*

H. Wohlgemuth: **O zapaleniu wyrostka robaczkowego pochodzenia urazowego** (*Tow. med. wewn. w Berlinie*, 5, IV, 1909). Urazowi w zapaleniu wyrostka robaczkowego przyznają różni autorowie znaczenie wyłącznie usposabiające, a wyłączają go jako bezpośrednią przyczynę sprawy, przypuszczają nawet powszechnie, że urazy zewnętrzne przeważnie nie mogą dosięgnąć wyrostka głęboko ułożonego w jamie brzusznej. Przeciw takiemu patrzeniu na sprawę występuje Wohlgemuth, który miał sposobność spostrzegać przypadek zapalenia wyrostka, powstały niewątpliwie wyłącznie z urazu. Robotnik, liczący lat 20, zajęty przy budowie mostu, doznał gwałtownego urazu żelazną szyną w prawą stronę brzucha i od tego czasu zaczęły mu dokuczać bole w brzuchu, chociaż przedtem nie uczuwał nigdy nic nieprawidłowego ze strony brzucha. Po kilku tygodniach przybrały te bole charakter gwałtownej kolki, znamiennej dla zajęcia wyrostka robaczkowego. Dokonano laparotomii i stwierdzono, że kątnica była silnie nastrzykana, wyrostek uległ zapaleniu i przyczepiony był zrostami do jelita grubego. W świetle wyrostka nie stwierdzono żadnego ciała obcego. W oczach autora związek między urazem a zapaleniem jest w tym przypadku zupełnie pewny, a to dlatego, że kolka zjawiła się dopiero w kilka tygodni po urazie, kiedy zmiany, urazem wywołane, doszły szczytu swego rozwoju. Kiedy zaś przeciwnie zaraz po urazie zjawiają się objawy zapalenia wyrostka po kilku godzinach lub najpóźniej po kilku dniach, to wtedy zdaniem autora nie jest to prawdziwe urazowe zapalenie, ale zapalenie zwykłe, które, dotąd mniej lub więcej utajone, gwałtownie zostało urazem niejako z mroku wydobyte. W końcu przypomina W. inne dwa przypadki niewątpliwie urazowego zapalenia wyrostka robaczkowego, niedawno opisane w »Deutsche Zeitschrift für Chirurgie« (Strohl). *Stahr.*

Albarran i Heitz-Boyer: **Prosty sposób wykrywania krwi w moczu.** (*Presse méd.* Nr 40, 1909). Najpewniejszym sposobem jest i pozostanie badanie osadu pod mikroskopem — jeśli jednak idzie o sposób prędki i prosty, który się da wykonać i przy łóżku chorego, to autorowie na podstawie doświadczenia polecają odczyn Mayera. Odczynnik przygotowuje się w następujący sposób: Mieszaninę 2 gramów fenolftaleiny z 100 gramami 20% roztworu wodnego (w wodzie przekroplonej) bezwodnego potażu i 10 delikatnego pyłu cynkowego zagotowuje się. Mieszanina ta, z początku czerwona, powoli się odbarwia, a kiedy odbarwi się zupełnie, sączy się ją gotującą się. Gotowanie powinno trwać krótko, 4—5 minut na ogół i należy wśród gotowania mieszaninę ciągle mieszać. Kiedy płyn się zupełnie odbarwi, należy spiesznie sączyć. Tak przygotowany odczynnik da się przechować miesiącami, ale musi być przechowywany w dobrze zamkniętem naczyniu. Sam odczyn jest bardzo prosty: Do probówki nalewamy 2 cm.^{3} badanego moczu, 1 cm.^{3} odczynnika, dobrze mieszamy i następnie dodajemy 3—4 kropel wody utlenionej (12%-ej co do objętości). Zależnie od ilości krwi znajdującej się w badanym moczu, otrzymujemy mniej lub więcej wyraźne zabarwienie fuksynowo-czerwone. Odczyn jest jeszcze bardzo wyraźny, jeżeli w moczu jest krew w stosunku 1:100.000. a nawet tam go autorowie widzieli, gdzie w osadzie moczu, otrzymanym na wirownicy, znajdowali bardzo nieliczne ciałka krwi. Do badania nadaje się mocz zarówno kwaśny, jak zasadowy, a nawet amoniakalny, ropny. Odczyn ten jest swoisty dla krwi lub hemoglobiny; ani ropa, ani cukier, ani białko, ani barwiki żółciowe odczynu tego nie dają, nie powstaje też on w moczu zawierającym aceton, indykan, ani też w moczu u chorych, zażywających takie leki, jak jodki, bromki, kwas salicylowy, morfinę, fenacetynę, urotropinę. *Stahr.*

Prof. Fleischer: **Obwodowe brunatno-zielone zabarwianie rogówki jako objaw pewnego rodzaju ogólnego schorzenia.** (*Münch. med. Woch.* 1909, Nr. 22). F. zwraca uwagę, że (wprawdzie bardzo rzadko) spotykać można brunatno-zielone zabarwienie rogówki w postaci obwodowego pierścienia, szerokiego mniej więcej na 1 ctm. Zabarwienie to polega na złogach barwika w powierzchownych warstwach rogówki. Najsilniejsze jest ono na obwodzie, a ku środkowi rogówki coraz słabsze. Zabarwienie to towarzyszy stale pewnym objawom nerwowym, przypominającym rozsiane stwardnienie (*sclerosis multiplex*), a prócz tego ciemnym plamom na spojówkach, skórze, powiększeniu wątroby, śledziony i zmianom w trzustce (cukromocz). Przypadków takich przytacza F. 4, dwa swoje, jeden Kaysera i jeden Salusa. F. uważa ten zbiór objawów za kombinacyę rzekomego stwardnienia rozsianego, z cierpieniem zwanem cukrzycą bronzową (diabète brouzé) i hemochromatozą rogówki. *A.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.
Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie dnia 7. czerwca 1909.

1) Czł. Kazimierz Kostanecki przedstawia pracę p. Bronisława Frenkla p. t. **O drogach móżdżkowych gołębia.** Autor niszczył móżdżek gołębia i inne części układu nerwowego gołębia, ażeby zbadać połączenia móżdżkowe u ptaków. Z tych doświadczeń uzyskał 40 seryi, barwionych metodą Marchiego, zmodyfikowaną przez Buscha; wykazały one następujące połączenia móżdżku: 1) drogi doprowadzające: a) droga rdzeniowo-móżdżkowa, b) droga z jąder sznurów tylnych, c) droga z ciałka dwojaczego, 2) drogi wewnątrzmóżdżkowe: a) włókna kojarzące, b) włókna spoidłowe, c) włókna z kory móżdżkowej do jąder móżdżkowych i 3) drogi odprowadzające: a) droga móżdżkowo-opuszkowo-rdzeniowa, b) droga móżdżkowa do pola słuchowego, c) włókna łukowate zewnętrzne, d) włókna przebiegające w obrębie fasciculus long. posterior, e) droga móżdżkowa do śródmóżdża i f) droga móżdżkowa do międzymóżdża.

2) Czł. J. Talko-Hryncewicz podaje treść swego dzieła p. t.: **Ludy Azyi środkowej. (Materyały do antropologii mongoło-chałchasów, mongoło-buryatów i tungusów).** Autor przedstawia rękopism o 640 str. in 2⁰, z mapami rozsiedlenia ludów Azyi środkowej przed pojawieniem się Czingis-Chana w XIII w. i współczesnych rodów buryackich i tunguskich, z licznemi fotografiami antropologicznych typów i czaszek. Praca ta jest owocem wieloletnich badań ludów, pośród których autor zamieszkiwał, i składa się z trzech zarysów: 1) historyczno geograficznego, obejmującego w krótkości wiadomości geograficzne, klimatyczne, przedhistoryczne na zasadzie badanych przez autora kurhanów i mogił, oraz wiadomości historyczne; 2) etnograficznego, przedstawiającego opis wierzeń tych ludów, ich zwyczajów, obyczajów, sposobu życia, ekonomicznego stanu i społecznego ustroju i 3) antropologicznego, będącego jakby wstępem do badań fizycznej budowy, zawierającego opis typów fizyologicznych i patologicznych cech badanych ludów. Autor poświęcił 448 str. głównej treści dzieła szczegółowemu opisowi badań antropologicznych, tak żywych ludzi, jak czaszek szkieletowych. Większą część zajmują tablice pomiarów i ich stosunków, z przytoczeniem obszernego zarysu literatury. Ogólna liczba zbadanych przez autora ludzi była 639, a w tej liczbie 36 mongoło-chałchasów, 560 mongoło-buryatów i 43 tungusów. Każdy zbadany osobnik podlegał ścisłemu opisowi i na każdym zrobiono 55 pomiarów. Czaszek szkieletowych autor zbadał 68, w tej liczbie 20 buryackich i 48 mongolskich i ich metysów z chińczykami.

3) Czł. K. Kostanecki przedstawia pracę p. T. Kurkiewicza p. t. **Z histogenezy mięśnia sercowego zwierząt kręgowych.** Autor wykonywał badania nad rozwojem mięśnia sercowego u kurczęcia i doszedł do następujących wyników: 1) Część otrzewnej blaszki wewnętrznej (splanchnopleura) jest materyałem twórczym dla mięśnia sercowego (myocardium). 2) Zawiązek tego mięśnia ujawnia się najprzód parzyście. Przez obustronne wypuklenie blaszki otrzewnej zostają wytworzone t. zw. kieszenie myokardyalne, oddzielone od siebie rodzajem przegrody, która pochodzi z zagiętych ku jelitu końców obydwóch połówek splanchnopleury. 3) W przestrzeni, objętej przez zawiązek myokardyalny, znajduje się zawiązek dla wsierdzia (endocardium), które do stadyum 8 myomerów jest parzyste. 4) Przez stopniowe lecz zupełne obniżanie się przegrody międzykieszeniowej zostaje zatarta parzystość obydwóch składników serca. 5) Różnicowanie zarówno wsierdzia, jak warstwy mięsnej serca postępuje od strony ogonowej ku stronie głowowej. 6) Komórki przeznaczone do wytworzenia mięśnia sercowego są pochodzenia mezodermalnego. We wczesnych okresach rozwoju odnośna część mezodermy wyróżnicowywa się w dwie warstwy: zewnętrzną i wewnętrzną. Utworzenie dwóch warstw odbywa się głównie drogą przemieszczania komórek. 7) Komórki warstwy mięsnej embryonalnego serca w bardzo wczesnych okresach są zupełnie wyodrębnione i wyraźnemi granicami pooddzielane. Wtenczas już zaczyna się tworzenie włókienek. W późniejszych okresach komórki zlewają się w syncytya, zacierając granice swych terytoryów. Zlewanie się komórek odbywa się najpierw w warstwie wewnętrznej, znacznie później w zewnętrznej. 8) Warstwa zewnętrzna »myocardium« stanowi przez dłuższy czas życia embryonalnego prowizoryczne nasierdzie (epicardium). 9) Zewnętrzna i wewnętrzna warstwa mięśnia sercowego w pewnym okresie rozwoju odsuwają się od siebie. W tę szczelinę wwędrowują komórki z warstwy zewnętrznej i tworzą sieć elementów, złączonych wzajemnie wypustkami. Jest to środkowa warstwa mięśnia sercowego. 10) Autor opisuje dalej sposób tworzenia się beleczek mięśnia sercowego, w czem udział bierze warstwa wewnętrzna i środkowa. Warstwa zewnętrzna tworzy t. zw. zbitą masę mięśnia sercowego. 11) Ostateczne nasierdzie powstaje przez rozrost komórek »kosmków«, umieszczonych na powierzchni zatoki żylnej serca. Podścielisko z tkanki łącznej tworzy się przez wwędrowanie elementów mezenchymatycznych ze ściany zatoki żylnej serca.

(Treść 13 innych prac, przedstawionych na tem posiedzeniu, przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«).

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 16. czerwca 1909.

Przewodniczy Prof. Dobrowolski. — Obecnych członków 54.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przewodniczący zaprasza członków na zgromadzenie organizacyjne krakowskiego Koła Towarzystwa zwalczania gruźlicy w d. 21. VI.

3) Kol. Janiszewski wygłasza: **Kilka słów o środkach zapobiegawczych przeciw płonicy.**

Dyskusya: kol. Landau Rafał interpeluje w sprawie przeprowadzenia odkażania przeszłego roku w miejskim urzędzie zdrowia. Kol. Janiszewski odpowiada, że zachodzą trudności dotąd, bo niema jeszcze ludzi przygotowanych; mowca jest przeciwny przeprowadzaniu odkażania przez strony prywatne. Kol. Gertler zauważa, że zamykanie klasy w szkole podczas epidemii jest słuszne; uważa za konieczne zaprowadzenie hałatów. Kol. Stahr zapytuje, jak toczy się akcya ochronna w powiecie krakowskim. Kol. Weinsberg zaznacza, że źle działa na publiczności przybijanie kartek, a przytem właśnie dla tego nieraz publiczność ukrywa przypadki zakaźne. Kol. Janiszewski zaznacza, że dopiero po urządzeniu sanatoryum sprawa końcowo będzie załatwiona. Kol. Bielański odpowiada, że to samo, co i w mieście, czyni się w powiecie, tylko naturalnie domów izolacyjnych nie da się zaprowadzić.

4) Prof. Kader wygłosił wykład: **O chirurgicznem leczeniu gruźlicy nerek.**

Dyskusya: Kol. Blassberg zapytuje w sprawie rozpoznania i statystyki. Kol. Borzęcki zapytuje o działanie wymienionego przez prelegenta płukania pęcherza 5% kwasem karbolowym, gdyż zauważył niebezpieczne działanie kwasu karbolowego na pęcherz. Prof. Lewkowicz zaznacza, że gruźlica nerki, zwłaszcza u dzieci, jest uleczalna. Kol. Eisenberg podnosi wielką częstość stosunkową gruźlicy nerek wśród ogółu przypadków gruźlicy, wynikającą ze statystyk, a niezgodną z poglądami klinicystów na częstość tej choroby. Zdaje się ona przemawiać za tem, że podobnie, jak gruźlica płuc, tak i gruźlica nerek może często istnieć w formie utajonej, nie zdradzając się objawami klinicznymi. Wobec tego może należałoby przypuścić, że bez zabiegów chirurgicznych nie dadzą się uleczyć tylko formy klinicznie jawne, że natomiast ta forma gruźlicy, jak wiele innych samoistnie wogóle jest uleczalna, — ale że te przypadki jako utajone nie dochodzą do wiadomości klinicystów, a specyalnie chirurgów. Ze względu na ważność wczesnego rozpo-

znania gruźlicy nerek podnosi E. trudności różniczkowo-rozpoznawcze, jakie nastręczają bakterye mastki (*myc. smegmatis*) i metody, służące do odróżnienia ich od prawdziwych b. gruźliczych (med. Bunge-Trautenrotha, Weichselbauma i inne). Co do przepłukiwań kw. karbolowym, polecanych przez Rovsinga, radzi E. wielką ostrożność, bo wiadomo, że w tkankach środki przeciwgnilne nie działają tak na zarazki, jak *in vitro*, a nadto uszkadzając tkankę, zmniejszają jej odporność i zamiast przeciwdziałać zakażeniu, mogą je wzmagać. (Streszczenie własne). Kol. Latkowski zwraca uwagę na trudność rozpoznawania gruźlicy nerki i omawia metody do tego służące. Podnosi ważność rozpoznawania zapomocą punktu krzepnięcia krwi. Co do samoistnego wyleczenia się gruźlicy nerki, sądzi, że to jest możliwe. Kol. Herm. Hirsch sądzi, że wycięcie nerki wskazane jest tylko przy pierwotnej gruźlicy nerki, co jest bardzo trudne do rozpoznania. Kol. Mięsowicz zapytuje prelegenta o działanie tuberkuliny na narządy moczowe. Prof. Kader zaznacza, że dla rozpoznania gruźlicy wyżej wspomniane metody, jak kryoskopia, nie są rozstrzygające, dają one dane tylko co do sprawności nerki. Co do stosowania karbolu do przestrzykiwań, to mowca powołuje się na Rovsinga. Co do możliwości wyleczenia się samoistnego gruźlicy nerki, to ma wątpliwości i w piśmiennictwie takich przypadków, krytycznie omówionych, nie spotkał.

Sekretarz: *Dr Morawski.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XXII. Posiedzenie naukowe z dnia 18. czerwca 1909.

I. Kol. Prof. Łukasiewicz przedstawia: *a*) chorego l. 30 z **tocznieni** (*lupus vulgaris exfoliativus*) na całem prawie ciele; u chorego, wcale nieleczonego, ogniska chorobowe uległy zmianom wstecznym, ognisko zaś na karku przeszło w raka; *b*) chorego chłopca, który przebywając w klinice z powodu zmian kiłowych na okostnej, zaraził się **parchami** (*favus*) przy wyrywaniu włosów innemu choremu; zmiana wystąpiła nie na głowie, lecz w okolicy lewego sutka; *c*) 16-miesięczne dziecko z **urticaria pigmetosa.**

II. Kol. Prof. Mars przedstawia chorą z miednicą płaską krzywiczą, u której w przeciągu 4 lat wykonał **trzy razy cięcie cesarskie**. W dyskusyi zauważa kol. Prof. Bylicki, czy nie należałoby w podobnych przypadkach, za zezwoleniem chorej, przy sposobności cięcia cesarskiego dokonać przecięcia i zaszycia trąbek, celem uczynienia chorej bezpłodną. W odpowiedzi przytacza kol. Prof. Mars szereg motywów, które przemawiałyby za podobnem postąpieniem.

III. Kol. Czernecki przedstawia chorą 45-letnią **z twardziną skóry** (*sclerodermia*), z największemi zmianami na palcach. Sprawa trwa od roku.

IV. Kol. Grek przedstawia: *a*) chorego z przebytą kiłą, u którego rozpoznano **tętniaka tętnicy głównej**, uciskającego na tchawicę; po leczeniu wcieraniami nastąpiło bardzo znaczne polepszenie, które, być może, jest następstwem nie działania na samego tętniaka, ale zmniejszenia się może pewnych zmian zapalnych w okolicy tętniaka; *b*) chorego z bardzo dużym **tętniakiem łuku i części zstępującej tętnicy głównej**, który rozpoznano tylko na podstawie rentgenogramu, klinicznych bowiem objawów nie było żadnych.

W dyskusyi przypomina kol. Doc. Franke przypadki przedstawiane w Towarzystwie, gdzie po wcieraniach rtęci ustąpiły bole, które były następstwem ucisku tętniaka na nerw itp. Kol. Kikinger nie przypisuje znaczenia wcieraniom szaruchy w przypadkach tętniaka; należy raczej stosować środki uspakajające, dyetę, uregulowanie wypróżnień. Kol. Mahl (junior) podnosi, że prawie u 100% osobników z tętniakami próba Wassermanna wypadła dodatnio. Kol. Hornowski nie uważa rentgenogramu za zupełnie pewny środek rozpoznawczy w przypadkach tętniaka. Kol. Prof. Rencki przedstawia rentgenogramy spostrzeganych przez siebie chorych z tętniakami i sądzi, że leczenie szaruchą może tylko wpływać na świeże sprawy zapalne kiłowe w ścianie tętnicy, a nie na samego tętniaka. Kol. prym. Pisek uważa każde leczenie tętniaka tylko za objawowe.

V. Kol. Greliński okazuje **szpilkę od włosów** długości 10 cm, wyjętą **z cewki** 69-letniego starca, oraz omawia sposób operacyjny jej wyjęcia. W dyskusyi podkreśla kol. Leńko zupełnie dobry stan cewki, którą badał w 2 tygodnie po dokonanym zabiegu.

Nowicki.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie z dnia 5 kwietnia 1909.

1) W. Stankiewicz przedstawił **nowotwór małżowiny usznej** (prawdopodobnie **brodawczak**), pochodzący z chorego 60-letniego. Guz o powierzchni nierównej, owrzodziałej, łatwo krwawiący, zajmował całą małżowinę; na przewód uszny zewnętrzny nie przechodził. Gruczoły szyjne niepowiększone. Usunięto nowotwór wraz z małżowiną; brzegi przewodu słuchowego przyszyto do brzegów rany skórnej.

2) Z. Dmochowski przedstawił **preparaty** z dwu przypadków **nabłoniaka kosmkowego.**

3) M. Eiger przedstawił preparat dwunastnicy **przedziurawionej kamieniem, drążącym z przewodu żółciowego.** Wskutek spraw zapalnych i zrostów powstało zwężenie dwunastnicy oraz następcze rozszerzenie żołądka.

Skłodowski przytacza obraz kliniczny tego przypadku. Chora 38-letnia przybyła do szpitala w sierpniu z. r. ze skargami na odbijanie i zgagę, trapiące ją od kilkunastu miesięcy, oraz na wymioty, zjawiające się od tygodnia po każdem jedzeniu i niezależnie od niego. Przy badaniu stwierdzono objawy rozszerzenia żołądka bez przerostu jego warstwy mięsnej. Bolesności nie było żadnej. Przy płukaniach żołądka i dyecie mlecznej — szybka poprawa podmiotowa i przedmiotowa, znaczny przyrost wagi. Po upływie kilku tygodni w domu, ponowne pogorszenie: wymioty, kurcze w kończynach; w żołądku naczczo około 2 litrów treści płynnej, brak w niej wolnego HCl, a obfitość czworniaków w osadzie. Chora w odurzeniu: niektóre mięśnie (żwacze i ściana brzuszna) w stanie wzmożonego napięcia. Objawów tężyczki poza jednorazowem, chwilowem ustawieniem charakterystycznem rąk, nie stwierdzano. Jak okazało badanie pośmiertne, rozpoznano za życia tylko uboczne następstwa cierpienia, właściwej zaś istoty jego spostrzeganie kliniczne nie wyświetliło. Przyczynę śmierci stanowiło niewątpliwie samozatrucie (z objawami zbliżonymi do tężyczki). Operacyi nie wykonano ze względu na ciężki stan chorej przy powtórnem przybyciu do szpitala.

4) Ciechomski przedstawił **guz**, wydobyty **z odbytnicy**, rozpoznany przez Dunin-Karwicką jako **czerniak** (*melanosarcoma*). Czerniak odbytu i odbytnicy, zdarzający się częściej u koni, u ludzi stanowi rzadkość. Sadowi się zazwyczaj nizko, zaraz nad odbytem lub w odległości kilku ctm. od niego, najczęściej na szypule, jako polip złośliwy, o powierzchni nierównej, zrazikowej, często owrzodziałej, barwy na przekroju zwykle czarnej. Przerzuty w gruczołach chłonnych są pospolite; pozatem zdarzają się w płucach i w opłucnej, chrząstkach żebrowych, otrzewnej, wątrobie. Objawy kliniczne, jak zwykle przy guzach odbytnicy.

Preparat przedstawiony pochodzi z chorej 73-letniej, oddawna cierpiącej na bole w odbycie z powodu żylaków. Od listopada większe bole i utrudnione oddawanie stolca. W grudniu stwierdzono guz wielkości gruszki, w kształcie polipa, wypełniający światło kiszki w odległości 3—4 ctm. od odbytu. Obok dużego guza w ścianie kiszki parę twardych guzków drobniejszych. Po rozszerzerzeniu odbytu na tępo, zepchnięto guz ku dołowi, nacięto podłużnie tylną ścianę pochwy i odłuszczono ścianę kiszki jak najdalej od guza; w celu ułatwienia dostępu do guzków — przecięto krocze i odbyt, poczem wycięcie rozległe kiszki wraz z nowotworem i guzkami było nietrudne. Szew 2-piętrowy na kiszkę, 3-piętrowy na ścianę pochwy, wreszcie zaszycie (niepełne) krocza oraz odbytu. Do kiszki wprowadzono rurkę gumową. Przebieg pooperacyjny pomyślny.

5) Dunin-Karwick_ rozbiera obraz mikroskopowy **guza** w powyższym przypadku i podaje ogólną charakterystykę czerniaków. Guz składał się z licznych komórek łącznotkankowych oraz ze skąpej substancyi międzykomórkowej. Wielkość komórek różna: od zupełnie drobnych do olbrzymich o paru jądrach. W wielu z nich — brunatny barwik (melanina). Rozmieszczenie komórek barwikowych (chromatoforów) nierównomierne; gdzieniegdzie całe zwarte ich pola. Pojedyncze komórki nowotworowe rozrzucone i w tkance międzygruczołowej śluzówki.

6) Dunin-Karwicka przedstawia preparaty **gruczolaka włóknistego macicy**. Preparaty pochodzą z młodej dziewczyny, której usunięto macicę z powodu krwotoków. Macica ogromna; na przekroju trzon jej i szyjka wypełnione guzami w kształcie polipów różnorodnej wielkości. Powierzchnia wielu z tych guzów pokryta pęcherzykami. Mikroskopowo zbadano budowę jednego polipa i tkanki śluzowej między polipami. W obu preparatach rozrost tkanki gruczołowej pośród twardej tkanki łącznej włóknistej. Nabłonek jednowarstwowy; niektóre gruczolaki rozszerzone torbielowato. Cierpienie uznać należy za nowo-

twór; zwraca jednak uwagę wielkie podobieństwo obrazu mikroskopowego do zmian, znajdowanych w przewlekłych stanach zapalnych macicy (*endometritis glandul. hypertr.* w kombinacyi z *endometritis interstit.*, inaczej *endometritis diffusa*, *fungosa*).

J. Czarkowski do powyższego opisu dodaje, że przypadek powyższy dotyczył 22-letniej *virgo intacta*. Badanie przedoperacyjne okazało powiększenie macicy na trzy palce poniżej pępka, ruchomość jej, ściany gładkie. Ujście zewnętrzne macicy rozszerzone, w niem sterczący miękki guz, łatwo krwawiący. Rozpoznawano podśluzowego mięśniaka macicy. Przy operacyi, po nacięciu macicy, znaleziono ją wypełnioną całym szeregiem guzów o kształcie polipów, ściśle spojonych z miąższem narządu. Z tego powodu zastosowano zupełne wycięcie macicy. Wyzdrowienie po dwu tygodniach.

7) J. Paszkiewicz przedstawił kilkanaście **preparatów** patologiczno-anatomicznych, utrwalonych z zastosowaniem barwy naturalnej, **według metod Melnikowa—Razwedenkowa, Kaiserlinga, Picka.** Podnosi potrzebę przy szpitalach instytutów anatomo-patologicznych.

Omawia szczegółowiej preparat **guza przysadki mózgu**, pochodzący z przypadku, przebiegającego pod postacią kliniczną **akromegalii.** U chorej, w oddziale E. Zielińskiego stwierdzono: przerost kości i części miękkich na czaszce, na twarzy, kiściach i stopach, skrzywienie kręgosłupa ku tyłowi, głos nizki i szorstki; nadmierne pocenie się; wyłysienie pod pachami, zupełną ślepotę. Z objawów podmiotowych — przygnębienie umysłowe, bole i zawroty głowy, bezsenność. Obok tego stwierdzono raka szyjki macicy, znaczny przerost środkowego i lewego płatu gruczołu tarczowego, przewlekłe miąższowe zapalenie nerek. Guz przysadki mózgu stwierdzono rentgenograficznie. Jak okazało badanie pośmiertne, guz ten, usadowiony na podstawie czaszki, od góry i z boków był szczelnie okryty oponą twardą, od dołu stykał się bezpośrednio z kością klinową, której zatoka zredukowana była do minimum. Granica między guzem a kością zatarta. Miejsce grzbietu siodła tureckiego, zajmował guz w postaci cieniutkiej blaszki; powierzchnia jego wyboista, rozszerzona znacznie na boki i ku tyłowi. Guz wielkości jaja kurzego, owalny, rósł głównie ku górze i ku przodowi, uciskając na spoidło wielkie mózgu i zrazy czołowe. Spoistość guza miękka, powierzchnia przekroju lśniąca, szaroróżowa, z licznemi wybroczynami. Skrzyżowanie nerwów wzrokowych znacznie ścieńczałe. W miejscu ciała szyszkowatego torbiel o cienkiej, gładkiej ścianie. Mikroskopowo guz składa się w części z komórek okrągłych z jądrem, jakby mięsakowych, w części z komórek trójkątnych z wypustkami, jakby korowych, rozsianych w ogniskach tkanki łącznej, w części z mas koloidalnych, okolonych gdzieniegdzie nabłonkiem jednowarstwowym. Różnorodność obrazu mikroskopowego guzów przysadki tłómaczy się według Struemplla i Bendy tem, że zazwyczaj początkowo powstaje tu tylko przerost i rozrost gruczołowej części przysadki, a w następstwie dopiero mięsakowe jej zwyrodnienie. Za tłómaczeniem takiem przemawia i długotrwały przebieg tych guzów, brak przerzutów i brak objawów ogólnych, właściwych guzom złośliwym.

8) F. Malinowski przedstawił przypadek **epidermolysis bullosae congenitae.** Dziecko $2^1/_2$-letnie, dobrze odżywione, lecz niedokrwiste. Na całej powierzchni skóry, zwłaszcza na dłoniach i stopach, oraz na błonie śluzowej jamy ustnej występują owrzodzenia i pęcherze, dosięgające wielkości orzecha włoskiego i większej. Treść pęcherzy, w początku przezroczystych, niekiedy po kilku dniach mętnieje lub różowieje wskutek domieszki krwi. Po pewnym czasie (do paru tygodni) pęcherze pękają, odsłaniając przytem przykrytą naskórkiem skórę, na której poczynają się tworzyć nowe pęcherze. W następstwie cierpienia skóra stopniowo cieńczeje, marszczy się; paznokcie ulegają zwyrodnieniu i zanikowi. Obwódki czerwonej dookoła pęcherzyków brak. Świeże pęcherze zjawiają się bez żadnej widocznej przyczyny, czasami tylko skutkiem miejscowego podrażnienia. Przebieg bezgorączkowy. Obarczenia dziedzicznego nie stwierdzono. Badanie bakteryologiczne treści pęcherzy ujemne. Badanie krwi okazało: hemoglobiny 65%, krwinek czerwonych 2,500.000 w 1 mm sz., białych 18.500, śród nich 45% neutrofilów wielojądrzastych, 5% myelocytów, reszta postaci przejściowe i eozynofile. Liczne krwinki czerwone jądrzaste. Badanie anatomiczne wykazało: 1) nieznaczne objawy zapalne w brodawkach; nieznaczne rozszerzenie naczyń, obrzęk brodawek; 2) płyn, w miejscach zdala od pęcherzy, zbiera się w komórkach i między komórkami warstw powyżej leżących; 3) pęcherzyk powstaje pomiędzy naskórkiem, a warstwą brodawkową skóry; tylko resztki sopli nabłonkowych pozostają na dnie pęcherza. Na mocy powyższych danych M. w cierpieniu omawianem odrzuca przypuszczenia różnych autorów o *displasia vasorum*, o martwicy pierwotnej części naskórka, wreszcie o luźnym związku naskórka z tkanką łączną. Przypuszcza sprawę zapalną na tle być może wrodzonej wrażliwości naczyń na bodźce zewnętrzne.

9) A. Landau przedstawił **preparaty mikroskopowe wątroby i nerek królików,** u których wywołano **zatrucie kwaśne** zapomocą głodzenia lub wlewania kwasu solnego do żołądka. Drogą poprzednich badań nad acydozą doświadczalną L. ustalił, że mniejwięcej połowa kwasów, wprowadzonych do ustroju, lub wytworzonych w nich samoistnie, łączy się z białkiem komórek. Obecnie badaniami anatomicznemi stwierdził fakt, zauważony poraz pierwszy przez Mossego, że w zatruciu kwaśnem, zarówno endo- jak egzogenicznem, protoplazma komórek wątroby i nerek, traktowana obojętną mieszaniną eozyny i błękitu metylenowego, barwi się nie na różowo, ale na kolor fioletowy, i zawiera liczne ziarenka mocno niebieskie (bazofilne). Świadczy to niewątpliwie o zmianie odczynu komórek wskutek nagromadzenia w nich produktów kwaśnych.

10) Tryjarski przedstawił **preparat naczyniaka chłonnego gardła,** pochodzący z chłopca 16-letniego. Guz grubości palca, usadowiony na lewej ścianie gardła, przechodził do jamy nosowo-gardłowej; takisam guz wypełniał całkowicie lewy przewód nosowy.

11) Rozenberg przedstawił **preparaty** mikroskopowe z przypadków **choroby Pageta.** W przypadku 1-szym u chorej 67-letniej powstało na sutku ognisko owalne, pergaminowato stwardniałe, ściśle odgraniczone od zdrowej skóry, o brzegach nieco wzniesionych. Powierzchnia tworu czerwona, po części sącząca, miejscami łatwo krwawi, gdzieniegdzie pokryta świeżym srebrzystym naskórkiem. W miejscu brodawki sutkowej — owrzodzenie. W przypadku drugim podobne ognisko, wielkości dłoni, powstało na sromie u kobiety 70-letniej. Przy badaniu mikroskopowem, w miejscu nieco oddalonem od owrzodzenia, stwierdzono nieznaczne nacieczenie warstwy rogowej, brodawek, skóry właściwej; naczynia rozszerzone. Bliżej owrzodzenia komórki warstwy kolczastej i sopli nabłonkowych mocno zwyrodniałe, skóra (zwłaszcza warstwa brodawkowa) silnie naciekła. W miejscu owrzodzenia skóra naciekła, w tkance podskórnej i w skórze liczne ogniska rakowate. Przypuszczać należy, że początek choroby stanowi stan zapalny skóry, w następstwie którego komórki warstwy kolczastej i sopli nabłonkowych tracą swój układ i ulegają zwyrodnieniu. Część ich zostaje przytem oddzielona od ogólnej masy i w obcem otoczeniu, w tkance podskórnej zaczynają bujać, dając początek tworom rakowatym. Chorobę spostrzegano dotąd głównie w Anglii i Ameryce, rzadziej w innych krajach; najcześciej u kobiet po 40 latach, wyjątkowo tylko u mężczyzn (na sutku, mosznie, prąciu, nosie).

12) Moraczewski (ze Lwowa) wygłosił odczyt: **O związkach indolu w ustroju ludzkim.** Prelegent stoi na stanowisku, że źródłem tych ciał nie jest wyłącznie gnicie białka w przewodzie pokarmowym, lecz utrzymuje wraz z Blumenthalem i innymi, że indol powstaje również endogenicznie z rozpadu białka. Na poparcie tego twierdzenia podaje wyniki swoich doświadczeń z tyreoidyną, która z jednej strony wzmaga rozpad N, z drugiej zaś — wydalanie indoksylu z moczem i indolu z kałem. M. usiłował dalej wyjaśnić wpływ dyety na ilość wydzielanego indolu. Okazało się, że człowiek wydziela go najwięcej przy pożywieniu, obfitującem w tłuszcz, a najmniej przy dyecie węglowodanowej; środek zajmuje dyeta białkowa. M. zaznacza wreszcie, że ilość indolu, oznaczonego w kale i moczu, nie daje nam pojęcia o całkowitej jego produkcyi, ponieważ związki te w znacznym stopniu ulegają wessaniu i następnie spalają się. Wybitną rolę w tym względzie odgrywa zapewne wątroba, która spala indol prawdopodobnie taksamo, jak ciała acetonowe.

W dyskusyi zaznacza A. Landau, że spalanie się ciał acetonowych w wątrobie obecnie nie jest uważane za fakt bezsporny. Badania bowiem Embdena i in. wykazały, że wątroba jest środowiskiem, w którem ciała acetonowe nie spalają się, lecz przeciwnie zostają wytworzone. Z doświadczeń Halperna i Landaua wynika, że o spaleniu ciał acetonowych w ustroju stanowią przedewszystkiem mięśnie. Liczby przedstawione przez prelegenta, zdaniem L., nie mogą obalić panującego niemal powszechnie poglądu o wyłącznem wewnątrz-kiszkowem powstawaniu indolu, mimowoli bowiem nasuwa się myśl, iż rodzaj pożywienia może wpływać na florę kiszkową, a więc i na stopień gnicia białka w kiszkach. *A. Majewski.*

Sprawozdanie c. k. krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1905.

Omówił **St. Ciechanowski.**

(Ciąg dalszy).

3. Higiena budowli i mieszkań.

Sprawozdanie ostatnie nie zawiera wiadomości, w jakim stopniu poprawiły się w kraju, wogóle biorąc, stosunki mieszkań robotników miejskich i rolnych, scharakteryzowane w sprawozdaniu za r. 1903, ani też, o ile postąpiła sprawa lepszego pomieszczenia zakładów państwowych (szkół średnich, sądów i urzędów), poruszona w sprawozdaniu za r. 1904. Także i co do trzeciej sprawy, poruszonej w sposób ogólniejszy w sprawozdaniach poprzednich, mianowicie odpowiednich mieszkań dla urzędników, znajdujemy w sprawozdaniu za r. 1905 tylko wzmiankę, że dla zaradzenia złemu zawiązały się w Krakowie i we Lwowie stowarzyszenia, które jednak dotąd nie wyszły z okresu organizacyi. Co ważniejsza, sprawa koniecznej reformy ustaw budowlanych w obu tych miastach, w r. 1905 wcale nie postąpiła.

Natomiast sprawozdanie za rok 1905 przewyższa poprzednie co do wiadomości z poszczególnych powiatów. Gdy w sprawozdaniu za r. 1904 podano szczegóły tylko z czterdziestu kilku powiatów, to w obecnem już tylko o 10 powiatach niema danych. Wobec tego można mieć nadzieję, że i ten brak w przyszłości będzie usunięty i że w następnych sprawozdaniach będą wiadomości o wszystkich powiatach bez wyjątku.

Przepełnieniu mieszkań, dającemu się dotkliwie we znaki w miastach stołecznych, zaradzać poczyna we Lwowie ożywiający się ruch budowlany, gdzie w r. 1905 stanęło nowych domów 164 (w poprzednich latach tylko 80—86—109). Natomiast w Krakowie, gdzie przeludnienie mieszkań dochodzi najwyższych stopni, powstało w r. 1905 nowych domów tylko 20. Fizykat krakowski stwierdził, że 48 mieszkań dozorców domów i 18 mieszkań suterenowych należałoby opróżnić i ze względów sanitarnych zamknąć; sprawozdanie nie podaje jednak, czy nakaz zamknięcia tychże mieszkań wydano i ile z nich istotnie zamknięto (niestety należy stwierdzić, że w latach ostatnich 1907, 1908 poczyna przybywać nowych domów znowu z mieszkaniami suterenowemi). Czy we Lwowie dla zmniejszenia liczby mieszkań suterenowych i piwnicznych, które są hańbą dla obu naszych głównych miast, cokolwiek zrobiono w r. 1905, sprawozdanie nie podaje. Również brak w sprawozdaniu za r. 1905 danych o działalności »Towarzystwa budowy tanich mieszkań dla robotników« we Lwowie. (Takież Towarzystwo krakowskie zbudowało w r. 1905 znowu jeden dom o 10 mieszkaniach i rozporządza wogóle 80 mieszkaniami).

O ile w powiecie bialskim zdają się mieszkania dla stałych robotników fabrycznych i kolejowych być dosyć dobre, o tyle domy noclegowe dla robotników przychodnich, jako też pomieszczenia służby folwarcznej, niewiele się chyba od zeszłego roku polepszyły, skoro czytamy, że przy jednej fabryce w 4 ciasnych, nizkich izbach o jednem oknie, nocowało 80 robotników przychodnich, a przy drugiej — w małym lokalu po nocnej pracy spali razem robotnicy obojga płci, wreszcie, iż zdarza się, że dziewki folwarczne sypiają w chlewach. Wogóle porównanie wiadomości z r. 1905 ze szczegółami z r. 1904 co do tych powiatów i miasteczek, które w r. 1904 przytoczyliśmy, jako najbardziej zaniedbane, dowodzi, że i pod względem higieny budowli, tak jak co do zaopatrzenia w wodę itd., tem mniejszy jest postęp, im gorsze były stosunki. Tam zaś, gdzie istnieje postęp, tam dotyczy to więcej policyi ogniowej, niż przepisów higieny. Najsmutniejsze wrażenie sprawiają zaś te powiaty, gdzie ani lekarze rządowi, ani okręgowi, ani miejscy nie bywają nawet pytani o opinie w sprawach budowlanych (Brody, gdzie »przepisów budowlanych przestrzega tylko ten, kto sam o to dba«, Jarosław). Wprost niesłychane są wskutek tego stosunki w mieście Jarosławiu, liczącem przeszło 25.000 mieszkańców, gdzie budują domy dwupiętrowe... bez wychodków, gdzie do dziś dnia 283 domów wychodków nie ma, a mimo wszystko zamieszkałych jest jeszcze ciągle 35 mieszkań piwnicznych, »przeznaczonych do opróżnienia«, 13 domów walących się z dachami zawalonymi, gdzie magistrat zezwalał zakładać warsztaty przemysłowe w piwnicach, chociaż w mieście było około 40 brydoch a niezajętych lokalów. Dla ilustracyi, jak w najgorszych właśnie powiatach postępy są małe, przytoczymy tutaj szczegóły za r. 1905 o tych powiatach i miasteczkach, o których w roku zeszłym jako o najgorszych wspominaliśmy. I tak: w Bohorodczanach »wszystkie mieszkania są bardzo wadliwe, a najgorzej umieszczone są wszelkie urzędy publiczne w domach, wynajętych za bardzo drogie pieniądze«. W brzozowskiem niema, jak i dawniej, mieszkań dla robotników w kopalniach nafty (na odwrót, osławione stosunki borysławskie znowuż, jak w r. 1904, nieco się poprawiły, zbudowano kilkanaście dobrych domów dla robotników). W horodeńskjem »nie widać żadnego postępu«; o kołomyjskiem niema żadnych wiadomości, więc chyba niema też i poprawy, zresztą jest to tem prawdopodobniejsze, że fatalne stosunki są także w poblizkiem kosowskiem; w limanowskiem »przy wydawaniu pozwoleń na budowę względy zdrowotne nie odgrywają żadnej roli«; w lwowskiem, w sąsiedztwie stolicy, na 351 nowych domów zbudowano w r. 1905 304 lepianki gliniane, z tego 178!! krytych słomą, chociaż za tę samą słomę możnaby w poblizkim Lwowie »uzyskać kwotę, wystarczającą na pokrycie dachówką«. W nadwórniańskiem tak po wsiach, jak i w miastach, przy budowie mieszkań »kierują się zwyczajami, które najczęściej nie są zgodne z najskromniejszemi wymaganiami higieny«. Również o prawie wszystkich tych powiatach, które w r. z. tylko sumarycznie, jako złe wyliczyłem, i w tegorocznem sprawozdaniu nie wyczytujemy nic pocieszającego. I tak: w przemyślańskiem »przepełnienie mieszkań jest wielkie, bo nawet zamożniejsi gospodarze wiejscy, mający po 2 izby mieszkalne, w zimie używają tylko jednej, mniejszej, dla oszczędności w opale«. Z miasteczek tego powiatu Przemyślany mają 229 domów bez wychodków, Gliniany 650 (na ogólną liczbę 812 domów), Swirz ma wychodki tylko w 6,2% domów, Dunajów jeszcze mniej, a we wszystkich tych miasteczkach są całe grupy jednoizbowych domów z jednem wyjściem wprost na ulicę bez podwórza i bez żadnego obejścia. W rudeckiem »postęp bardzo mały«. W skałackiem »domy wiejskie są to przeważnie lepianki z gliny i słomy« i »kominy są tylko z chrustu i gliny, albo ich niema wcale«. W śniatyńskiem domy przeważnie nie odpowiadają »najskromniejszym wymaganiom higieny, wiele domów jest blizkich zawalenia«. W trembowelskiem domy wiejskie są »czasem z kamienia, przeważnie z błota i gliny, bez podłogi, nizkie, szczupłe i wilgotne, przepełnione w zimie parą wodną, a domy czeladzi folwarcznej, to istne nory«. W tych powiatach nie pomaga nawet to, co zresztą w Galicyi jedynie potrafi radykalnie poprawiać stosunki budowlane, t. j. pożary, bo np. w rawskiem miasteczko Uhnów pomimo dwukrotnej, prawie doszczętnej pożogi odbudowało się bez planu i »ze wszystkiemi dawniejszemi wadami«, a w tłumackiem po pogorzeli 41 domów w miasteczku Niżniowie odbudowano tylko jeden dom murowany, »wszystkie inne są to lepianki według dawnej mody«. Z tych w r. z. tutaj wyliczonych najgorszych powiatów, wspomina sprawozdanie za r. 1905 o poprawie tylko w peczeniżyńskim i samborskim. Natomiast listę powiatów, pozostawiających dużo do życzenia, zwiększa w tym roku jeszcze kilka innych. I tak: w jasielskiem tylko w samem Jaśle bywają przestrzegane przepisy budowlane, po wsiach i miasteczkach nikt ich nie przestrzega; stawiają domy często bez kominów, stajnie pod jednym dachem z mieszkaniem, gnojowiska w pobliżu mieszkań, podwórza ciasne, albo ich wcale niema, wychodki często nad potokami lub w pobliżu studzien. Podobne stosunki w jaworowskiem, sokalskiem, tarnobrzeskiem, zaleszczyckiem, żydaczowskiem.

Na tem ciemnem tle niewiele tylko zaznacza sprawozdanie punktów jaśniejszych. I w tym roku znajdujemy wzmiankę, że jednym z czynników, działających dodatnio, jest emigracya, przynosząca z Ameryki wyższe wymaganie kulturalne i lepsze przyzwyczajenia (Dąbrowa, Grybów, Wadowice). Drugim czynnikiem, wpływającym na poprawę stosunków, były i w r. 1905, jak w latach poprzednich..... pożary. Dopiero bowiem pożarom zawdzięczają porządną odbudowę Wadowice górne i Hohenbach w mieleckiem, Czerniawa w mościskiem, Delatyn w nadwórniańskiem, Harklowa w nowotarskiem, kilka gmin w rohatyńskiem i t. d. Ze sprawozdania wynikać się zdaje, że w r. 1905 zaznaczał się korzystnie także wpływ lekarzy rządowych i okręgowych więcej, niż w latach poprzednich. Po wsiach najgorsze stosunki zdają się istnieć w mieszkaniach dla służby dworskiej, t. zw. czworakach; w sprawozdaniu czytamy o powiecie pilzneńskim: »Podnieść należy, że jak dotąd tylko w tym jedynym powiecie mieszkania dla służby dworskiej są dobre«. Domy włościańskie są, jak się zdaje, prawie bez wyjątku dobre tylko w jednem żywieckiem.

4. Zakłady przemysłowe.

Tutaj trzeba powtórzyć to, co nadmieniliśmy w roku zeszłym, że pożyteczny wpływ inspektoratów przemysłowych na

poprawę stosunków higienicznych w tym dziale zaznacza się coraz wyraźniej.

Jak już wspomniano w r. z., powstające w kraju nowe fabryki są dzięki działaniu inspektoratów przeważnie odpowiednie pod względem urządzeń higienicznych i ochronnych. Mimo to jednak zdarza się jeszcze, że właściciele fabryk wnoszą o pozwolenie ich otwarcia dopiero po ich zbudowaniu, wskutek czego trudno nieraz usunąć wady budowlane, że stawiają motory bez zezwolenia władz, a bez dostatecznych urządzeń ochronnych (w krakowskim okręgu zdarzyło się to w 5 zakładach) itp. Oczywiście w dawniejszych fabrykach poprawa stosunków idzie znacznie trudniej, a w drobnym przemyśle i w warsztatach rękodzielniczych stosunki są często złe, nieraz opłakane, a poprawić je z powodu złych warunków ekonomicznych większości rękodzielników jest bardzo trudno. I tak np. w pewnej pracowni krawieckiej pracowało 20 robotnic tak skupionych, że na każdą wypadało zaledwie 4,5 m. sześciennych powietrza. W warsztatach szewskich zdarza się w stanisławowskiem często podzielenie izby sklepowej na 2 piętra, a wtedy robotnicy, siedzący na piąterku, mają nieraz zaledwo po 2,25 m. sz. powietrza.

Nawet w dobrze zresztą urządzonych większych fabrykach bardzo często brak izb odpoczynkowych, o czem w sprawozdaniu często spotyka się wzmianki. Młyny, szczególniej w okręgu stanisławowskim, są dość często nieczysto utrzymane; w młynach turbinowych bywają wychodki urządzane w przestrzeni turbinowej; filtry powietrza urządzono dopiero w niektórych młynach. Ekshaustorów brak zresztą w największej części zakładów, gdzie wytwarza się pył, szkodliwy dla robotników; zwłaszcza pospolity jest ten brak w zakładach czyszczenia i sortowania włosów końskich i szczecin. Ale doprawdy trudno się temu nawet tak bardzo dziwić, jeżeli nawet zakłady rządowe nie dają dobrego przykładu, bo np. w Monasterzyskach w c. k. fabryce tytoniu sale są przepełnione, pełno pyłu tytoniowego, a budowa łazienek dla robotników była w r. 1905 dopiero w projekcie, a nawet w fabryce tytoniu w Zabłotowie, zresztą wzorowo urządzonej, w sali czyszczenia tytoniu nie było ekshaustora. Zaledwie o jednym tylko powiecie turczańskim czytamy, że tam wszystkie tartaki parowe są wzorowo urządzone, że w każdym jest izba dla chorych, nosze, opatrunki, łazienki, ekshaustory, dobre studnie i wychodki.

O braku mieszkań dla robotników już powyżej wspomniano, ale i tutaj trudno się prawie dziwić mniejszym przedsiębiorcom, jeżeli taka fabryka, jak fabryka maszyn w Sanoku, zatrudniająca 1200 robotników, ma mieszkanie dla o ś m i u rodzin!

Sprawozdania inspektorów przemysłowych zawierają dane o przekroczeniach ustawy co do zatrudniania osób młodszych, niż lat 14 i o uszkodzeniach przypadkowych wśród robotników przy pracy. Zatrudnianie osób młodocianych wbrew ustawie zdarza się rzadko (w okręgu lwowskim tylko 4 osoby na 11.207 robotników, w krakowskim 15 na 20.393, w stanisławowskim 32). Uszkodzenia w niektórych gałęziach przemysłu są jeszcze ciągle częste, szczególnie w przemyśle drzewnym, gdzie przytem obowiązek donoszenia inspektorowi przemysłowemu o uszkodzeniach bywa niedostatecznie wykonywany. Jest to zaś rzecz doniosła, bo, jak słusznie zauważa Rada zdrowia, »nie chodzi tu jedynie o dokładność statystyki, lecz o możność zapobiegania wypadkom na przyszłość i o należyte ocenienie, o ile przedsiębiorstwo zawiniło przez zaniedbanie zaleconych środków ostrożności«.

Oprócz danych, poczerpniętych ze sprawozdań inspektorów przemysłowych, podaje sprawozdanie według kolei powiatów krótkie dane, dostarczone przez lekarzy urzędowych. Niestety nie wszyscy lekarze urzędowi zdają się rozumieć doniosłość swych w tym względzie zadań, bo niektórzy ograniczyli się w swem sprawozdaniu tylko do wyliczenia wszystkich zakładów przemysłowych, znajdujących się w powiecie, bez żadnej wzmianki co do ich urządzeń sanitarnych, co do chorób zawodowych i częstości uszkodzeń robotników. Jako rzecz, którąby koniecznie wymagała zmiany, należy podnieść, że w kilkunastu jeszcze powiatach nie wzywano wcale lekarzy urzędowych do komisyi przy otwieraniu zakładów przemysłowych i t. d. Wśród szczegółów, podanych w tym ustępie, znajdują się gdzieniegdzie wiadomości, któreby właściwie należały do rozdziału o nadzorze nad środkami spożywczymi, albo tam wartoby je powtórzyć (o stosunkach higienicznych w piekarniach, rzeźniach). Rozdział ten kończy się podaniem kilku liczb o rozmiarach produkcyi górniczo-hutniczej w Galicyi (wartość roczna 30,08 milionów koron, prócz nafty i wosku ziemnego) i liczbie zatrudnionych w tym dziale robotników. Byłoby rzeczą jeszcze ciekawszą, gdyby podobne dane podano nietylko co do jednej gałęzi przemysłu; nie spełnia się zaś nadzieja, którą wyraziliśmy w roku zeszłym, że przynajmniej w tym dziale znajdzie się trochę więcej danych o sezonowem wychodźtwie zarobkowem, mającem z wielu względów znaczenie także pod względem sanitarnym.

5. Handel środkami leczniczymi i truciznami poza aptekami.

W ustępie tym znajdujemy między innemi wzmiankę o nieustających skargach aptekarzy na partactwo aptekarskie w drogueryach. Pokątna sprzedaż leków w kramach małomiasteczkowych zmniejsza się wskutek stosowania dość surowych kar.

6. Higiena szkół.

Według sprawozdania krajowej Rady szkolnej było w r. 1905/6 w całym kraju na 4535 s z k ó ł l u d o w y c h czynnych, umieszczonych w budynkach bardzo dobrych 1450 (o 17 mniej, niż w roku poprzednim), w budynkach dobrych 1319 (o 15 mniej), w odpowiednich 968 (o 36 więcej), w nieodpowiednich 798 (o 49 więcej). Ciekawe jest to zmniejszenie się liczby szkół, umieszczonych w budynkach bardzo dobrych i dobrych, chociaż zbudowano w tym roku 133 budynków szkolnych (str. 118, natomiast na str. 127 podano, że nowych szkół zbudowano tylko 54). Tak więc dobrych i bardzo dobrych budynków jest około 60%, nieodpowiednich ciągle około 20%, przytem budynki te są przepełnione: w szkołach miejskich mieści się w jednej klasie po 55, w szkołach wiejskich po 54 uczniów. W porównaniu z rokiem poprzednim przepełnienie klas szkolnych w miastach wzrosło, po wsiach bardzo nieznacznie się zmniejszyło. Jest 12 takich powiatów, gdzie w jednej klasie bywa średnio powyżej 100 dzieci.

W roku zeszłym przytoczyliśmy ogólną charakterystykę stanu higienicznego szkół ludowych, podaną przez Radę zdrowia, a bardzo niepocieszającą. Jak wynika z zestawienia stanu szkół w poszczególnych powiatach na podstawie sprawozdań lekarzy urzędowych, smutny ten stan niewiele się w r. 1905 zmienił, w niektórych powiatach jest bardzo opłakany i wcale się nie polepsza.

We Lwowie przybył jeden, nowocześnie urządzony gmach dla szkoły ludowej im. Sienkiewicza, w Krakowie również jeden budynek przy szkole im. Piramowicza. Jak na główne nasze miasta, to dość mało. Oczywiście znacznie gorzej jest w wielu powiatach. W złem przoduje wadowickie, chociaż po powiecie tym, leżącym w zachodniej części kraju i pod względem sanitarnym w innych kierunkach okazującym postępy, czego innego możnaby się spodziewać; od roku 1898 nie zbudowano w tym powiecie ani jednej nowe jszkoły, chociaż »wiele budynków jest ciasnych, walących się, wilgotnych«. W bohorodczańskiem szósta część budynków jest także zła, że nie można ich nawet poprawić; podobnie w 15 gminach w cieszanowskiem. W dobromilskiem budynki szkolne bardzo liche, a najgorsze w samem mieście powiatowem, w drogo wynajmowanych lokalach prywatnych. W horodeńskiem na 44 szkół zaledwo 15 odpowiada jako tako wymogom zdrowotnym. W jarosławskiem na 87 szkół tylko 10 ma dobre budynki. Podobnie złe stosunki są w kolbuszowskiem (na podniesienie zasługuje bardzo staranne i szczegółowe sprawozdanie o szkołach tamtejszych, przedłożone przez lekarza okręgowego, dra Zdzisława Maurera z Tymbarku), w tarnobrzeskiem, trembowelskiem, wielickiem, zborowskiem, złoczowskiem. O dziewięciu powiatach czytamy w sprawozdaniu, że nie zaszła żadna zmiana na lepsze, żadnej nowej szkoły nie zbudowano, ani nie podejmowano większych naprawek.

Co do budynków s z k ó ł p r y w a t n y c h powtarza się i w tym roku w sprawozdaniu skarga, że krajowa Rada szkolna w swoich sprawozdaniach zupełnie się nimi nie zajmuje pomimo powtarzanych od lat 5 nawoływań Rady zdrowia. Przy udzielaniu koncesyi na szkołę prywatną powinien lekarz urzędowy zbadać lokal, na szkołę przeznaczony, czego widocznie dotąd się nie przestrzega, chociaż przy udzielaniu koncesyi na szkołę względy zdrowotne nie mniejsze mają znaczenie, niż przy udzielaniu koncesyi na lokal przemysłowy; chodzi tu o zdrowie niemal 30.000 dzieci (w r. 1905 było w 230 szkołach prywatnych 29.328 dzieci).

O c h a j d e r a c h powtarza sprawozdanie coroczne niekorzystne uwagi.

W s z k o ł a c h ś r e d n i c h przyrost ogólnej liczby uczniów był w r. 1905 równie znaczny, jak w roku poprzednim (6,9% wobec 6,7%). Przepełnienie szkół o tyle nie wzrosło, że w roku 1905/6 otwarto 3 nowe szkoły średnie; wszelako nowy własny budynek uzyskała tylko jedna szkoła w Krakowie, a we Lwowie rozpoczęto budowę dwóch gimnazyów. Zresztą zaś w całym kraju nie zrobiono nic, choć przecież szkoły r z ą d o w e powin-

nyby pod względem higienicznym przodować. Tak zaś nietylko nie jest, ale w wielu szkołach są stosunki »nad wyraz opłakane«. (II szkoła realna we Lwowie, gimnazya w Brzeżanach, Tarnopolu, Dembicy, Stanisławowie, Stryju, Żywcu). Z gimnazyów męzkich prywatnych odznacza się wzorowem urządzeniem higienicznem zakład OO. Jezuitów w Bąkowicach pod Chyrowem, w r. 1905 rozszerzony nowem skrzydłem. Z 7 prywatnych gimnazyów i 10 liceów żeńskich, żadne nie ma budynku na ten cel zbudowanego.

W sprawie fizycznego rozwoju młodzieży szkolnej są niewątpliwie postępy w szkołach średnich, dzięki światłym poglądom i bezinteresownej pracy nauczycieli tych szkół; działa tu zdrowy prąd, który rozbudził się w społeczeństwie, natomiast ze strony »urzędowej« starań większych nie widać, bo, jak się zdaje, ograniczyły się one do okólnika krajowej Rady szkolnej z r. 1904, o którym wspominaliśmy w r. z. Ilustracyą tego jest zresztą fakt, że nauki gimnastyki udzielano systematycznie zaledwo w 261 szkołach ludowych, t. j. tylko o 3 więcej, niż w r. 1904. Jedyny wyjątek stanowi tutaj miasto Lwów, łożące sporo na te cele. Gimnastyka prowadzona jest w szkołach lwowskich umiejętnie przez systematycznie kształconych nauczycieli i nauczycielki. To samo odnosi się do gier i zabaw ruchowych, oraz wycieczek (każda ze szkół męskich i 5 szkół żeńskich we Lwowie odbyła po 12 wycieczek). Kąpiele szkolne, zaprowadzone we Lwowie w r. 1904, rozwijają się pomyślnie. W r. 1905 kąpało się 1606 uczniów po 5,5 razy każdy.

Z rozdziału o stanie zdrowia młodzieży szkolnej i pieczy w tym kierunku godzi się przytoczyć ze sprawozdania dosłownie kilka zdań: »Jako skutek braku lekarzy szkolnych, jako też braku nawet stałego konsulenta lekarskiego przy krajowej Radzie szkolnej, niema w jej sprawozdaniach żadnej wzmianki o stanie zdrowia młodzieży szkolnej, ani o ilości dzieci, uwolnionych stale od nauki z powodu chorób cielesnych lub wad umysłowych. W sprawozdaniach lekarzy urzędowych znajdujemy tylko niedostateczne i bardzo ogólnikowe wiadomości w tym kierunku, ponieważ lekarze ci, obarczeni tylu różnymi obowiązkami, sprawom młodzieży szkolnej mogą się poświęcać tylko dorywczo. Z tych sprawozdań dowiadujemy się, że w wielu powiatach administracyjnych dzieci są dotknięte zmianami skrofulicznemi w różnych postaciach, że jaglica jest dość częsta, świerzb nawet bardzo częsty, w niektórych okolicach, zwłaszcza powiatach górskich, nawet objawy kiły nabytej. Jeżeli się jeszcze uwzględni choroby zakaźne ostre, szerzące się przez szkołę i szkody na zdrowiu, wynikające z wad budynku szkolnego, oraz jego urządzenia, to dość dowodów co do potrzeby instytucyi lekarzy szkolnych«. Jedyne dokładniejsze wiadomości podała okręgowa Rada szkolna miasta Lwowa. W r. 1905 zarówno, jak w poprzednich, zbadał szkolne dzieci lwowskie okulista miejski Dr Kicki, a z powodu jego spostrzeżeń, iż krótkowzroczność wzrasta z każdą wyższą klasą, a w klasach wydziałowych żeńskich przybiera rozmiary wprost niepokojące, zarządzono badanie, czy urządzenia poszczególnych klas nie działają szkodliwie na wzrok dzieci. Wyniki tych badań obiecuje Rada zdrowia podać w przyszłorocznem sprawozdaniu.

7. Zakłady lecznicze i dobroczynności.

A. Zakłady lecznicze publiczne

omawialiśmy przy sposobności sprawozdania z ostatniej sesyi sejmowej, przytaczając według sprawozdania sejmowej komisyi sanitarnej wiadomości, sięgające już poza r. 1905. To też możemy tutaj ograniczyć się do kilku danych ogólnych, z pośród tych, które podaje sprawozdanie Rady zdrowia. W roku 1905 było w kraju szpitali publicznych 36, o 4 więcej, niż w roku 1904 (przybyły szpitale w Kałuszu, Skałacie, Tarnobrzegu i Turce). Liczba łóżek w szpitalach publicznych wzrosła o 357 i wynosiła w roku 1905 — 4576. Szpitali prywatnych było 59 z 1742 łóżkami, razem więc było szpitali 95 z 6318 łóżkami. Jedno łóżko w roku 1905 przypadało na 1214 mieszkańców. Na 10.000 ludności przypadało w roku 1902: w Tryeście 102 łóżka, w Salzburgu 53, w Tyrolu 43, w Styryi 38, w Karyntyi 30, w Austryi niższej 29, w wyższej 26, w Gorycyi 23, w Krainie i Istryi 20, na Śląsku 18, w Czechach 17, na Morawach 14, w Dalmacyi i Bukowinie po 8, w Galicyi 7. Wprawdzie liczba w roku 1905 poprawiła się w Galicyi na 8,1, niemniej jednak i w tym roku jeszcze zajmowała Galicya co do liczby łóżek w Austryi miejsce ostatnie, a w roku tym było jeszcze 27 powiatów z ludnością 2,000.000, w których nie było żadnego szpitala, ani powszechnego, ani prywatnego. Wszelako już w r. 1905 zapowiadać się zaczęła szybsza poprawa stosunków; Rada zdrowia wylicza 13 miasteczek i miast powiatowych, w których w tym roku albo rozpoczęto już budowę nowych szpitali, albo zbierane fundusze doszły znaczniejszych kwot i pozwalają wkrótce o budowie szpitali zamyślać. Przepełnienie szpitali w r. 1905 prawie się nie zmniejszyło. Gdy w Austryi jedno łóżko zajęte jest w ciągu roku średnio przez 302 dni, to w Galicyi średnio przeź 343 dni, a są dwa szpitale, gdzie jedno łóżko było zajęte przez 597dni w roku!! (Przemyślany, Husiatyn); oprócz tego w 5 innych szpitalach było łóżko zajęte przez więcej niż 500 dni, t. zn. że szpitale te były stale w dwójnasób przepełnione. Innych szczegółów o szpitalach publicznych, jako też szczegółów o zakładach dla obłąkanych i krajowych zakładach położniczych, obficie w sprawozdaniu przywiedzionych, nie powtarzam, jako już znanych z artykułów, pomieszczanych w tej sprawie w »Przeglądzie«. O klinikach prócz wzmianki, że w Krakowie przywrócono w nich dawniejszą normalną liczbę łóżek, i w tym roku także nie zawiera sprawozdanie dokładniejszych wiadomości.

We wszystkich szpitalach prywatnych leczyło się w roku 1905 na 1742 łóżkach 16.661 chorych (jeden chory średnio przez 19 dni). Ze szpitali prywatnych było między innymi 12 szpitali fundacyjnych z 374 łóżkami, zarządzanych przez SS. Miłosierdzia i 2 szpitale fundacyjne z 68 łóżkami, zarządzane przez Braci Miłosierdzia. W owych 12 szpitalach SS. Miłosierdzia leczono w r. 1905 3422 chorych, w szpitalach Braci Miłosierdzia 1574 chorych. Porównując krociowe fundacye, zarządzane przez SS. Miłosierdzia, z funduszami Braci Miłosierdzia, podnosi sprawozdanie Rady zdrowia, że »społeczeństwo miałoby prawo od SS. Miłosierdzia domagać się więcej świadczeń«. (Dok. nast.).

Ankieta przeciwgruźlicza.

Wydział krajowy zwołał do Lwowa na 26/VI b. r. ankietę w sprawie zwalczania gruźlicy w kraju. Podstawą zwołania ankiety była przeszłoroczna uchwała Sejmu, polecająca Wydziałowi krajowemu, by zbadał sprawę założenia kosztem kraju dwu lecznic ludowych przeciwgruźliczych i opinię kół zawodowych lekarskich co do użyteczności takich lecznic. Wydział krajowy nakreślił jednak ankiecie szersze rozmiary, co z uznaniem należy podnieść, gdyż przez to ankieta może położyć podwaliny pod ogólny program walki z gruźlicą w Galicyi; plan ankiety obejmował prócz ogólnych uwag o gruźlicy na podstawie obecnego stanu nauki, zestawienie dróg i sposobów walki z gruźlicą w innych krajach i państwach, określenie udziału państwa, kraju, powiatów, gmin i t. p. w tej walce w Galicyi, oznaczenie, jakich funduszów wymagałoby ewentualne założenie i prowadzenie lecznic ludowych u nas.

Przed rozpoczęciem ankiety odbyło się zebranie jej uczestników, na którem porozumiano się co do uproszczenia rozpraw i ułożenia wniosków.

Ankiecie przewodniczył członek Wydziału krajowego, szef departamentu sanitarnego Dr Bernadzikowski, a uczestniczyli w niej: Prof. Ciechanowski i Dr Janiszewski z Krakowa, Dr Żychoń z Zakopanego, Dr Gruiński, prof. Kučera, prof. Gluziński, R. dw. Dr Merunowicz, Dr Mikołajski, Dr Müller, Dr Starzewski, prof. Wiczkowski ze Lwowa.

Po zagajeniu przez Dra Bernadzikowskiego, który nakreślił zadania ankiety, przystąpiono odrazu do rozpatrzenia sprawy założenia krajowych zakładów lub oddziałów dla gruźliczych. Na zasadzie poprzedniego porozumienia uczestników ankiety oświadczył Prof. Gluziński, że zebrani, uznając w pełni znaczenie lecznic dla gruźliczych i sądząc, że w przyszłości będzie musiał kraj o budowie lecznic pomyśleć, na razie nie uważają budowania dwu lecznic krajowych za wskazane; w obecnej dobie trzeba użyć przedewszystkiem środków łatwiejszych, a pozwalających przy mniejszych wydatkach działać szerzej. W zakresie działania kraju leży tutaj reforma szpitalnictwa: pomnożenie liczby łóżek szpitalnych w kraju, tworzenie szpitalnych oddziałów i sal dla gruźliczych, któreby, odpowiednio prowadzone, kształciły lekarzy w kierunku walki z gruźlicą, służyły do odosobnienia chorych z gruźlicą otwartą, »wychowywały« ich w ten sposób, aby chorzy sami starali się nie być rozsadnikami zarazy i któreby leczyły przypadki uleczalne. W dalszej dyskusyi podnoszono myśl zużytkowania na pomieszczenie gruźliczych, oddziałów zakaźnych w czasach wolnych od innych epidemii (Dr Starzewski, przeciw czemu jednak oświadczyli się prof. Ciechanowski i Kučera), sprawę przyjmowania chorych na gruźlicę do szpitali, co obecnie faktycznie się dzieje i dziać musi pomimo formalnie istniejącego zakazu (prof. Gluziński, Dr Müller,

Dr Janiszewski), roztrząsano pytanie, o ile można w praktyce oddzielać chorych uleczalnych od nieuleczalnych (prof. Ciechanowski, Dr Janiszewski, Dr Mikołajski, Dr Żychoń), jakich wyników można oczekiwać ze szpitalnego leczenia gruźlicy (prof. Wiczkowski, Ciechanowski, Gluziński), poczem jednomyślnie uchwalono następującą rezolucyę, sformułowaną przez prof. Gluzińskiego:

»Ankieta, uznając w całej pełni ważność budowy sanatoryów dla zwalczania gruźlicy, uważając je nietylko za miejsca dla leczenia, lecz i za miejsca wychowania higienicznego, nie zaleca na razie rozpoczęcia tej walki od budowy dwóch sanatoryów ludowych, lecz wciąga tę myśl w plan dalszy, który rozpocząć się winien od pomnożenia liczby szpitali w kraju i od reformy i poprawy szpitalnictwa krajowego, opartych na następujących zasadach: a) że gruźlica powinna być do szpitali krajowych przyjmowana; b) że powinna być uznana za chorobę zakaźną, a więc izolowaną; c) że przy szpitalach teraźniejszych powinno się, środkami choćby skromnymi, wprowadzić takie zmiany, a w nowych, mających się budować, plany powinny być tak skonstruowane, by mogły powstać osobne oddziały, które mogłyby być prowadzone już to sanatoryalnie i były miejscami dla leczenia, a więc niejako były sanatoryami, już to miejscami izolacyi; d) izolacya przypadków nieuleczalnych, rozpaczliwych, oprzeć się powinna o domy dla nieuleczalnych«.

Z kolei przeszła ankieta do rozpatrzenia udziału rządu, kraju, powiatów, gmin, instytucyi zabezpieczenia i samopomocy społecznej w zwalczaniu gruźlicy u nas. R. dw. Dr Merunowicz poruszył sprawę rządowej dotacyi na zwalczanie gruźlicy, z której dla Galicyi dotąd nie udzielono żadnych zasiłków, prof. Ciechanowski naszkicował w krótkim zarysie plan walki z gruźlicą i udział w niej poszczególnych czynników, a na podstawie poprzedniego porozumienia się uczestników ankiety wniósł, aby ankieta dla dokładniejszego opracowania tego tematu w postaci memoryału wybrała odrębne grono. W dalszych rozprawach poruszono sprawę popularyzacyi wiadomości o zwalczaniu gruźlicy (prof. Kučera), poparcia finansowego przez rząd i kraj stacyi leśnych i dyspensatoryów (prof. Wiczkowski), podniesienia ogólnego poziomu higieny wśród ludności (Dr Żychoń), odkażania (Dr Mikołajski), instytucyi, któraby całą walką z gruźlicą kierowała (na wzór n. p. centralnych komitetów przeciwgruźliczych zagranicznych; w ożywionej dyskusyi nad tym przedmiotem uczestniczyli prof. Ciechanowski, prof. Gluziński, Kučera, Dr Mikołajski, Dr Starzewski).

Uchwalono następujące rezolucye:

»Ankieta wyraża zdanie: 1. Wydział krajowy raczy upomnieć się o sprawiedliwy rozdział funduszów państwowych, przeznaczonych na zwalczanie gruźlicy na zasadzie ustawy państwowej z roku 1906, w szczególności, aby dochody z nich wpływały na cele kraju w stosunku do ilości mieszkańców i to począwszy od r. 1907, aby w ten sposób wynagrodzić krzywdę, wyrządzoną krajowi przez zupełne pominięcie go przy rozdziale pieniędzy, z podatków pochodzących.

2. Wydział krajowy postara się, aby istniejące w kraju zawiązki państwowych zakładów badania chorób zakaźnych były w ten sposób urządzone i uposażone, aby można zbadać bakteryologicznie każdego chorego, co do którego zachodzi wątpliwość, czy jest, jako wydzielający prątki gruźlicze, dla otoczenia niebezpiecznym«. (Według wniosku R. dw. Dra Merunowicza).

3. »Ankieta wyraża przekonanie, że dla wypełnienia punktu trzeciego kwestyonaryusza, to jest, jakie środki zaradcze należałoby zastosować u nas ze strony powołanych czynników, obok wygotowania osobnego memoryału, który zawierałby odpowiednie wskazówki, należy się w wielkiej mierze poparcie istniejącego Tow. przeciwgruźliczego ze strony rządu, kraju, wysokich konsystorzy itd., jużto materyalnie, jużto moralnie, zachęcające do wstępowania do Towarzystwa i czynnego udziału«.

4. »Ankieta wyraża przekonanie, że krajowa Rada zdrowia, jako organ, zawierający w swem gronie czynniki zarówno autonomiczne, jak i rządowe, jest powołana do zajęcia się i kierowania walką z gruźlicą«. (Według wniosków prof. Gluzińskiego i Ciechanowskiego).

Do komisyi, mającej zredagować memoryał o gruźlicy, wybrano: prof. Ciechanowskiego, Dra Janiszewskiego, prof. Kučerę, R. dw. Dra Merunowicza i Dra Mikołajskiego.

Imieniem uczestników ankiety wyraził w końcu R. dw. Dr Merunowicz podziękowanie Wydziałowi krajowemu i szefowi departamentu sanitarnego Wydziału kraj. za zajęcie się doniosłą sprawą zwalczania gruźlicy, w której to akcyi przy zainteresowaniu się najwyższych władz autonomicznych można się spodziewać korzystnego zwrotu. Obrady zamknęło przemówienie Dra Bernadzikowskiego.

Oprócz dodatniego znaczenia, jakie ma wogóle samo urządzenie ankiety przeciwgruźliczej przez Wydział krajowy korzyścią jej będzie ustalenie ogólnego planu zwalczania gruźlicy w kraju i wskazanie tych środków, które w obecnych warunkach finansowych kraju są wykonalne. *C.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Ze Związku krajowego lekarzy. Zmiana statutu, uchwalona przez Zjazd delegatów Związku, otrzymała obecnie zatwierdzenie władzy politycznej, tak że od tej chwili obowiązuje już nowy statut. Wydział Związku przypomina kolegom, że najważniejszą zmianą w porównaniu z dawnym statutem jest zniesienie trójstopniowości organizacyi. Zamiast projektowanych przez pierwotny statut organizacyi powiatowych, obwodowych i krajowej, będzie obecnie tylko organizacya krajowa, t. j. Związek, a członkowie jego będą należeli do Kół, które według potrzeby będzie Wydział zakładał w kraju, a których zadaniem będzie wypełnianie zadań Związku w zakresie lokalnym. W ten sposób odpadnie bardzo skomplikowane przesiewanie prawie każdej sprawy aż przez trzy instancye.

Drugą bardzo ważną zmianą, zaprowadzoną przez nowy statut, jest zmniejszenie bardzo niepopularnej, bo zbyt wysokiej wkładki rocznej 24 K., a pozostawienie oznaczania wysokości wkładki dorocznemu Walnemu Zgromadzeniu. Na rok bieżący wynosi wkładka 12 K.

Deklaracyę przystąpienia i nałożoną w niej w razie niedotrzymania jej przepisów karę konwencyonalną w kwocie 2000 K., nadal zatrzymano. Zjazd delegatów Związku dokładnie rozważał tę sprawę i doszedł do przekonania, że kara konwencyonalna jest jedyną bronią przeciw niesolidarnym lekarzom. Koledzy nie powinni się przerażać wysokością kary, bo ten, kto zamierza przestrzegać solidarności koleżeńskiej, nigdy nie będzie narażony na zapłacenie kary i niemoralnem nie jest podpisywanie deklaracyi, gdy się 2000 K. nie posiada, ale jedynie wtedy, gdy się niema zamiaru dotrzymać zobowiązania; na takich właśnie chwiejnych lekarzy posiadać będzie organizacya środek w wysokiej karze za uchybianie godności stanu.

Wydział zwraca się do Kolegów, którzy dotąd nie przystąpili do Związku, z gorącą prośbą, ażeby nie zaniedbywali swego własnego interesu i natychmiast zgłosili swoje przystąpienie. Wystarczy przesłanie kartki korespondencyjnej pod adresem Związku krajowego lekarzy (Kraków, Radziwiłłowska 4), a sekretaryat natychmiast wyśle blankiet »Zobowiązania« do podpisu.

O ile znajdą się chętni koledzy do agitowania, Wydział roześle do nich pewną ilość takich blankietów dla jednania Związkowi członków. Prócz tego niektórzy członkowie Wydziału będą, jeździli do większych miast na zgromadzenia agitacyjne.

Z polecenia ostatniego Zjazdu delegatów zniżył Wydział prowizyę od honoraryów lekarskich, ściągniętych przez oddział należytości, do 10% ściągniętej kwoty.

Administracya znaczków receptowych w bieżącym roku przelała do funduszu dla wsparcia wdów i sierot po lekarzach pokaźną sumę 2600 K. Wydział uprasza Kolegów, ażeby nie zaniedbywali tego źródła dochodów Związku, bo już niejedną łzę udało się osuszyć przez udzielanie wsparcia tym najbiedniejszym, a przy dobrej woli Kolegów fundusze w krótkim czasie bardzo znacznie mogłyby się zwiększyć.

Wreszcie wyraża Wydział serdeczne podziękowanie Redakcyi» Głosu lekarzy«, która przesłała Związkowi wydatny zasiłek w kwocie 1262 K. 81 h. Suma ta jest zebranym przez Redakcyę »Głosu lekarzy« funduszem samoobrony.

Tak więc przez wspólną pracę, powoli wprawdzie, ale bez przerwy postępujemy naprzód, i jeżeli tylko wszyscy Koledzy zechcą wesprzeć Wydział w jego usiłowaniach, jeżeli przystąpią zaraz do Związku i nie będą rozprzęgali sił przez teoretyczną krytykę, a natomiast pozytywnie będą się starali o utworzenie wielkiego bractwa lekarskiego, możemy być pewni, że w krótkim stosunkowo czasie osiągniemy świetne wyniki.

Wydział Związku krajowego lekarzy.

Sekretarz: *Weinsberg.* Prezes: *Wicherkiewicz.*

Sprawy sanitarne w austryackiej Izbie Panów. W ubiegłym tygodniu zapadły w Izbie Panów trzy ważne uchwały; najważniejszą z nich jest uchwalenie ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych; oprócz tego uchwalono wnioski w sprawie reformy organizacyi sanitarnej i wezwanie do rządu, aby jaknajrychlej przedłożył projekt ustawy o szczepieniu krowianką. Ustawa o chorobach zakaźnych uchwalona została z niewielkiemi tylko zmianami projektu rządowego, niestety więc nie zostały dotąd uwzględnione słuszne postulaty naszego kraju w tej sprawie. Wnioski w sprawie reformy sanitarnej uchwalono według sprawozdania komisyi Izby, różniącego się nieco od pierwotnego wniosku Prof. Ludwiga w tej sprawie; mianowicie nie uchwalono żądać utworzenia »centralnego urzędu zdrowia« (na wzór niemiecki), ale tylko przekształcenia departamentu sanitarnego ministerstwa spraw wewn. i przydzielenia mu różnych agend sanitarnych, rozprószonych teraz po innych ministerstwach; dalej uchwalono żądać utworzenia przy Najwyższej Radzie zdrowia instytutów naukowych i pomnożenia liczby członków tej Rady, wreszcie polepszenia warunków bytu lekarzy rządowych. (Rzeczą naszej reprezentacyi parlamentarnej będzie teraz dopilnować, aby w zreformowanej Najwyższej Radzie zdrowia kraj nasz uzyskał należną liczbę członków i aby przy polepszeniu bytu lekarzy rządowych została Galicya należycie uwzględniona). Co do ustawy o szczepieniu ospy, podniosła komisya Izby Panów, że dalsze badania tej sprawy, (których potrzebą tłómaczył rząd pominięcie tej sprawy w projekcie ustawy o chorobach zakaźnych są zbędne, bo skuteczność szczepień nie ulega żadnej wątpliwości. Skoro więc rząd nie uwzględnił szczepienia w ustawie o chorobach zakaźnych, to powinien sprawę tę jaknajrychlej uregulować osobną ustawą. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 20. VI. do 26. VI. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Czortków (Bazar 6, Panszówka 2), Gródek jag. (Sławczany 2, Wola dobrostańska 14), Horodenka (Hawrylak 4, Targowica 2, Czortowiec 4, Głuszków 1, Niezwiska 1), Jarosław (Cieplice 2), Kołomyja (Słobódka polna 2, Gwoździec stary 7, Soroki 1), Kosów (Chomczyn 1), Lisko (Wola mhowa 1), Nadwórna (Hwozd 2), Sanok (Osławice 1), Skałat (Zarubińce 2), Zaleszczyki (Koszyłowce 1), Złoczów (Trendowacz 1, Werhobuż 8). *Dr T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 20. VI. do 26. VI. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † — (w tem obcych 2 † —), płonicy 14 † 2 (2 † —), odry 1, duru brzusznego 3 (2). *Dr Janiszewski.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 20. VI. do 26. VI. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † 1 (w tem obcych 2 † 1), krztuśca 3, płonicy 26 † 4 (3 † 1), odry 3, duru brzusznego 5 † — (1 † —). *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 6. VI. do 12. VI. 1909 r. przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 4 † 1, odry 6, płonicy 12, duru osutkowego 24 † 2, duru brzusznego 9 † 2, duru powrotnego 8, błonicy 8. (*Gaz. lek.* 26).

I. Zjazd internistów polskich w Krakowie.

(19, 20 i 21 lipca 1909).

W dalszym ciągu ogłoszono następujące odczyty:

IV. Serya:

44. Dr J. Pawiński (Warszawa): Zaburzenia inerwacyi a cierpienia organiczne serca naczyń.

45. Dr Franciszek Zakrzewski (Poznań): Powiększenie serca i wątroby, wczesny objaw gruźlicy płucnej.

46. Dr A. Blumenfeld (Lwów): O ułożeniu krętków Schaudina (*spirochaete pallida*) w narządach wewnętrznych, szczególnie w stosunku do naczyń krwionośnych (z demonstr.).

47. Tenże: Światła i cienie próby Wassermanna.

48. Dr Z. Radliński (Kraków): O leczeniu operacyjnem rozedmy płuc.

49. Tenże: W sprawie *nephritis unilateralis*.

50. Prof. Dr. N. Cybulski i Dr J. Surzycki (Kraków): Demonstracya (z objaśnieniami) elektrokardyogramów, otrzymanych u zdrowych i chorych zapomocą galwanometru strunowego Einthovena, oraz demonstracya samego galwanometru w czynności.

Komitet Zjazdu zaprasza niniejszem Towarzystwa lekarskie i Szanownych Kolegów do licznego udziału w I. Zjeździe Internistów polskich i ogłasza następujące ważniejsze postanowienia:

a) Wkładka uczestnika Zjazdu wynosi 20 koron. Po nadesłaniu tej kwoty otrzyma uczestnik kartę uczestnictwa i całkowity program Zjazdu. Przy przesyłaniu wkładki zechcą Szan. Koledzy zaznaczyć, czy chcą zostać stałymi członkami Zjazdu, czy też tylko uczestnikami na ten tylko Zjazd. § 3 tymczasowego statutu brzmi: W Zjeździe biorą udział: a) Członkowie stali Zjazdu, opłacający jednorazowe wpisowe w kwocie 5 koron i wkładkę 15 koron (6 rubli, 13 marek) za każdy Zjazd, bez względu, czy uczestniczą w nim, czy nie. Wkładki należy uiszczać przed lub w czasie Zjazdu. b) Uczestnicy Zjazdu, biorący udział w poszczególnym Zjeździe, mają uiścić 20 koron (8 rubli, 17 marek) za Zjazd. Członkiem stałym lub uczestnikiem Zjazdu może być tylko lekarz dyplomowany. Na posiedzeniu administracyjnem Zjazdu głosują tylko członkowie stali zapomocą kart uczestnictwa.

b) Mieszkania zamawiać można tylko do 10 lipca, przesyłając zaliczkę 10 koron. Przy zamówieniu należy wymienić ilość osób i wymagania co do mieszkania.

c) Szan. Kolegów, którzy zgłosili odczyty na Zjazd, uprasza się, aby najdalej do 15 lipca nadesłali bardzo krótkie streszczenie odczytu; inaczej nie mógłby być umieszczony w dzienniku Zjazdu.

d) Biuro Zjazdu urzędować będzie dla przybywających uczestników w klinice lekarskiej (Kopernika 15) od niedzieli rano o godz. 10—12 i popołudniu o godz. 4—6.

e) Na zebranie koleżeńskie zejdą się uczestnicy Zjazdu w niedzielę wieczór o godz. 7 w lokalu na dole gmachu Starego Teatru przy Placu Szczepańskim.

f) W poniedziałek 19 lipca o godz. $7^1/_2$ rano zwiedzanie kliniki lekarskiej, a o godz. 9 pierwsze posiedzenie Zjazdu w sali kliniki lekarskiej, ul. Kopernika 15, gdzie się mieści równocześnie biuro Komitetu Zjazdu.

Sekretarze komitetu: *Dr B. Korolewicz, Dr Łapiński.*

Przewodniczący komitetu: *Prof. Dr W. Jaworski.*

Skarbnik: *Doc. Dr Męsowicz.*

Międzynarodowy Zjazd lekarski w Peszcie.

Sekretaryat generalny Zjazdu roześle uczestnikom Zjazdu z początkiem lipca legitymacye, uprawniające do zniżeń na niektórych kolejach. Wkrótce zaś potem rozesłany będzie uczestnikom pierwszy zeszyt streszczeń wykładów tej Sekcyi, do której uczestnik Zjazdu się zgłosił, co pozwoli przygotować się do dyskusyi. Komitet centralny przypomina, że należy się pospieszyć z zamawianiem mieszkania, zwracając się wprost do »Bureau central de voyages, IV, Vigadó-tér, 1, Budapest«. Ceny za pokój hotelowy za dzień i osobę wynoszą od 3—10 koron, za pokój prywatny 2·60—10 koron; pokoje na 2—3 osób stosunkowo taniej. Pokoje można wynajmować tylko na cały tydzień trwania Zjazdu. W czasie Zjazdu odbędzie się szereg przyjęć i zebrań towarzyskich; paniami przyjezdnemi zaopiekuje się osobny komitet pań.

Polski komitet Zjazdu: Prezes: *Wicherkiewicz.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 30 VI. b. r. posiedzenie, na którem delegatem na Walne Zgromadzenie Towarzystwa lekarzy galic. wybrany został Prof. Browicz, a delegatami do komitetu dla Zjazdu higieny szkolnej w Paryżu Prof. Browicz i Dr Bier. Prof. Jaworski zdał sprawę z prac komitetu I. Zjazdu internistów polskich. Dr Eisenberg przedstawił ostatnie własne i Doc. Nitscha badania nad odczynem Wassermanna, Dr Radliński przedstawił przypadek ropnia okołonerkowego z jednostronnym bezmoczem. W dyskusyach przemawiali: prym. Dr Borzęcki, Eisenberg, Prof. Lewkowicz, Dr Szymanowski.

— Dnia 22. VI. b. r. odbyło się posiedzenie Wydziału Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, na którem: 1) W sprawie pisma sekcyi niemieckiej Izby lekarskiej dla Czech, dotyczącego Dra E., uchwalono odpowiedzieć, że Dr E. już nie jest lekarzem kolejowym i że Izba zach.-gal. przedstawi na najbliższym wiecu Izb, jako zasadniczą kwestyę, czy i kiedy mają Izby lekarskie obowiązek i prawo zajmować się dyscyplinarnym stosunkiem le-

karza do jego władzy, jeśli władza ta w danej sprawie do Izby się nie zwróci; 2) delegatem Izby dla załatwienia sprawy Kasy chorych uczniów krawieckich wybrano Dra Damskiego; 3) rozpisano rozprawę honorową przeciw Drowi Z. z Z. na 12. VII. b. r.

— Łaźnia ludowa, założona przez miejską Kasę oszczędności, wydała w r. 1908 46368 kąpieli (o 6.794 więcej, niż w roku 1907), dziennie średnio 307 (o 15 więcej).

Lwów. Na posiedzeniu w sprawie udziału w Zjeździe dla higieny szkolnej (w Paryżu 1910), które się odbyło 22. VI. w Namiestnictwie pod przewodnictwem wiceprezydenta Rady szkolnej Dra Dembowskiego, zastanawiano się nad stosunkiem »komitetu krajowego« (galicyjskiego), który organizuje Namiestnictwo, do »komitetu Towarzystw polskich« (ogólnego), zawiązanego przez Towarzystwo nauczycieli szkół wyższych. Postanowiono utrzymać tę podwójną organizacyę; celem ciągłego porozumienia w każdym z tych komitetów zasiadać będzie delegat drugiego komitetu. »Komitet Towarzystw polskich« zajmie się zorganizowaniem uczestnictwa w samym Zjeździe, a »komitet krajowy« przedewszystkiem udziałem w wystawie. Uchwalono zwrócić się do prezydenta m. Krakowa o zorganizowanie osobnego oddziału »komitetu krajowego« w Krakowie. Do krajowego komitetu ściślejszego zostali wybrani: przewodniczącym wiceprezydent Dr Dembowski, zastępcą przewodniczącego protomedyk r. Dw. Dr J. Merunowicz, sekretarzem Dr Kuhn, członkami Prof. Kociuba, insp. Bruchnalski, Prof. Dr Kučera i Dr Hojnacki; nadto wejdą do komitetu delegat Tow. politechnicznego i »komitetu Towarzystw polskich«.

— Egzamin fizykacki złożyli Dr Albert Damm i Dr Karol Engler.

Warszawa. Prezesem zarządu Towarzystwa opieki nad nerwowo i umysłowo chorymi wybrany został p. Z. Wasiutyński, wiceprezesem Dr Chrostowski, sekretarzem Dr Wisłocki, kuratorem zakładu w Drewnicy Dr K. Rychliński, wszyscy ponownie.

— Z końcem września odbędą się w pracowni Towarzystwa lekarskiego warszawskiego zajęcia praktyczne, których program podajemy na końcu »Wiadomości bieżących«.

Łódź. Ambulatoryum bezpłatne łódzk. chrześc. Tow. Dobr. przyjęło w r. 1907/8 chorych 18.174; recept wydano 8077. Za lekarstwa wraz z materyałami opatrunkowymi zapłacono 1846 rubli $69^1/_2$ kop. Przeciętny koszt recepty $21^1/_2$ kop. W ambulatoryum udzielało porad 17 lekarzy. W liczbie 18.164 przyjętych chorych było 4023, czyli 22% starozakonnych. Do ambulatoryum najwięcej zgłaszało się osób z chorobami wewnętrznemi (4249), następnie z ocznemi (3639), wenerycznemi (2406) i chirurgicznemi (2249). W porównaniu z rokiem poprzedzającym liczba chorych chirurgicznych wzrosła o 220, natomiast zmniejszyła się liczba chorych ocznych o 952 i wenerycznych o 300. W innych specyalnościach niema znacznych różnic.

Z różnych stron. W Niemczech poczyna się ruch przeciw nadmiernemu rozdrabnianiu czasopiśmiennictwa lekarskiego. Niedawno uchwalił Zjazd niemieckiego Towarzystwa fizjologicznego nie popierać pism, nowo powstających, gdyż obecnie istniejące są wystarczające.

— W Heidelbergu ofiarowała rodzina Lanz 1,000.000 marek na utworzenie Akademii Umiejętności.

— Pani Brigham w Brookline (St. Zj.), ofiarowała 6 milionów koron na szpital dla nieuleczalnych.

— »Związek narodowy polski« w Ameryce organizuje na maj r. 1910 w Waszyngtonie kongres narodowy, w którego sekcyi IV., naukowej, mają być wygłoszone referaty o udziale Polaków w nauce świata. Bliższych informacyi udziela Zarząd Związku nar. pol. Chicago, Ill. Nr 102—104 (od 1. IX. Nr 1406—1408) W-Division-str.

Mianowani: Pedyatra Doc. Brüning w Rostocku profesorem, pedyatra Prof. Concetti, patolog Prof. Alessandri, psychiatra Prof. Mingazzini profesorami zwyczajnymiw Rzymie;

Dr Leon Zamenhof internem szpitala izrael. na dalsze dwa lata, Dr K. Pawlikowski asystentem-eksternem szpitala św. Ducha, Dr Tryjarski i Jaroszyński asystentami eksternami szpitala Dz. Jezus w Warszawie.

Zmarli: b. profesor anatomii patol. Dr W. Müller w Jenie; chirurg Prof Porter w Bostonie.

Redakcya otrzymała: Weber-Mayer: Klimatoterapia i balneoterapia. Przełożył i uzupełnił Dr T. Borzęcki, lekarz szpitala św. Ducha w Warszawie. Wydanie z zapomogi Kasy im. Mianowskiego. Warszawa 1909. Stron 360. Cena 1 rb. 20 kop. — XXVII. Sprawozdanie z działalności Kasy im. Mianowskiego za rok 1908. — Papée: 1) Zmiany kiłowe na błonach śluzowych o charakterze wczesnym 10 względnie 13 lat po zakażeniu (odb. »Tyg. lek.« 1909). 2) Papulo-erosive Syphilide 10. und 13. Jahre nach der Infection (odb. »Monatsh. f. pr Derm.« 1909). — Baurowicz: 1) W sprawie zapisywania roztworów dwutlenku wodoru. 2) Zur Kenntniss des Verlaufes einer retroaurikulären Beinhautentzündung. Odb. »Monats. f. Ohrenhk.« 1909. — Simmonds: 1) Üb. Bronzediabetes u. Pigmentcirrhose. Odb. »Berl. klin. Wochs.« 1909. 2) Üb. Tuberkulose des weiblichen Genitalapparates. Odb. »Archiv. f. Gyn.« 1909. — Puławski: Co to są suchoty i jak się od nich uchronić? Warszawa 1909. — Spira: 1) Bericht über die Thätigkeit des otiatrischen Ambulatoriums am israelitischen Hospital in Krakau f. d. J. 1908. 2) Oceny dzieł Cotta, Dencha i Chapmana. 3) Sitzungsbericht der Chicago otol. Society. 4) Ocena dzieła Heimana. Odb. z »Archiv. f. Ohrenheilk.« 1909. — Cybulski N. i Borkowski-Dunin J. Wpływ błon i przegród na siły elektromotoryczne. Rozpr. Ak. Umiej. 1909.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w czerwcu 1909:

Gazeta lekarska Nr 22. Biernacki: O stosunkach zachodzących pomiędzy przemianą ogólną azotu, a przemianą purynową. Erbrich (dok.). — Nr 23. Karwacki: Z kazuistyki bakteryologicznej. Trzy przypadki zapalenia opon mózgowych. Biernacki (c. d.). — Nr 24. Karwacki: O zakażeniu krętkami Obermeiera myszy białych. Biernacki (c. d.). — Nr 25. Palmirski i Karłowski: Kilka uwag o szczepieniach ochronnych według metody Pasteura. Biernacki (dok.).— Nr 26. Gryglewicz: Aglutyniny i t. zw. substancye uczulające surowicę dyzenterycznych. Palmirski i Karłowski (c. d.).

Medycyna i Kronika lek. Nr 22. Róbin (dok.). Szmurło (dok.) — Nr 23. Zamenhof: Przypadek ostrego samoistnego zapalenia szczęki górnej. Poczobut: O nadużyciach skrobania i wewnątrzmacicznego wstrzykiwania w chorobach macicy. — Nr 24. Poczobut (dok.). Mutermilch: O pewnych własnościach biologicznych t. zw. »lipoidów«. — Nr 25. J. Zawadzki: Wzór do obliczania wartości pieniężnej ciepłostek pokarmów. Zylberlastówna: Przypadek tężca o przebiegu przewlekłym. — Nr 26. Lorentowicz: O niektórych wskazaniach do skrobania macicy. Zylberlastówna (dok.).

Tygodnik lekarski Nr 21. Czarkowski: Pachymeningitis externa posterior tuberculosa diffusa. Poczobut: (c. d.) — Nr 22. Rydygier L.: Chirurgia moczowodów. Poczobut (c. d.) — Nr 23. Rydygier (dok.). Poczobut (dok.) — Nr 24. Czyżewicz (jun.): O postępowaniu przy łożysku przodującem w praktyce prywatnej. Kowalski: O okładach. Prus M. Sygnał mechaniczny. Nr 25 Czyżewicz; (dok.), Kowalski (dok.).

Nowiny lek. Nr 6. Moraczewski: O wpływie dyety bezchlorowej na wydzielenie kwasu solnego w żołądku (dok.). F. Chłapowski (dok.). Fr. Grodecki (dok.). Józef Bieliński (c. d.).

Przegląd chorób skórnych i wenerycznych Nr 2 i 3. Rosenberg: Przyczynek do istoty choroby Pageta. Wiśniewski: Dziesięciolecie ambulatoryum chorób skórnych i wenerycznych w warszawskim szpitalu ewangielickim. Nr 4. Wojciechowski J.: Praktyczna wartość odczynu Wassermanna i uproszczonej jego techniki przez Bauera.

Postęp okulist. Nr 5. Rumszewicz: Jeszcze przypadek gruźlicy przedniej części gałki. Reis: Twardy uszypułkowany włókniak w rąbku spojówkowym. Noiszewski: Zatrucie gromadne blekotem.

Kronika dentyst. Nr 6. Wilga (c. d.).

Gruźlica Nr 2. Dębiński: Opieka nad chorymi gruźliczymi. Gałecki: Sanatoryum im. T. Dunina w Rudce. Janiszewski: Walka z gruźlicą w Galicyi (c. d.).

Zdrowie Zesz. 6. M. i W. Biehler: Kilka słów w sprawie kalendarza szkolnego. Dobrzyński (dok.). Zaleski K.: Druskieniki oraz ich rozwój w ostatniem trzechleciu.

Przegląd higien. Nr 6. Mołczański (dok.).

Głos lekarzy Nr 11. Konflikt z kasą chorych w Drohobyczu. — W sprawie rządowego projektu ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych. — W sprawie zmiany statutu Tow. lek. gal. Mikołajski: Z wycieczki naukowej higienistów lwowskich. —

Nr 12 Mikołajski: Galicyjska kasa dla chorych lekarzy. — Ankieta w sprawie tajemnicy lekarskiej. Mikołajski: Z wycieczki naukowej higienistów lwowskich.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zajęcia praktyczne w pracowni naukowej Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego.

W ostatnich dniach września r. b. rozpoczną się i trwać będą 4 tygodnie następujące zajęcia praktyczne, połączone z demonstracyami.

1. Prof. Przewoski. Współczesny stan nauki o zapaleniach (6 wykładów).
2. Dr chem. Miklaszewski. Nowsze zdobycze chemii w zastosowaniu do medycyny (6 wykł.).
3. Prof. Sosnowski. Nowsze zdobycze z dziedziny fizyologii trawienia i wydzielania (6 wykł.).
4. Dr An. Landau. Choroby przemiany materyi (6—8 wykł.)
5. Doc. Dr Janowski. Z dziedziny nowożytnych sposobów badania narządów krążenia (5—6 wykł.).
6. Dr Sokołowski, 7. Dr Dębiński. Nowożytne metody w dyagnostyce i leczeniu gruźlicy.
8. Dr An. Landau. Hematologia (4 wykł.).
9. Dr St. Serkowski. Higiena praktyczna (analizy powietrza, wody i produktów spożywczych, oraz zasady współczesnej dezynfekcyi) (6 wykł. i 12 g. zajęć).
10. Dr Barszczewski. Radyodyagnostyka chorób wewnętrznych.
11. Dr St. Serkowski. Bakteryologia lekarska (6 wykł. 12 g. zajęć praktycznych).

Warunki zapisów i plan poszczególnych wykładów i zajęć u kierownika pracowni Dra Serkowskiego (Warszawa, Niecała 7).

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Pyrenol. Dr E. Jelinek z Wiednia chwali (Aerztl. Centralzeitung 1909. Nr 1) działanie pyrenolu wykrztunce i uspokajające, a również przeciwgośćcowe i przeciwgorączkowe. Wskazanie główne przy zapaleniu płuc, dychawicy, krztuśccu i grypie. Na ciśnienie krwi i tętno nie wywiera pyrenol działania niekorzystnego i na tym punkcie przewyższa prawie wszystkie przetwory salicylowe. Pyrenol działa przeciwnie, t. j. skrzepiająco i podniecająco na serce. Podobnież wolny jest pyrenol od wszelkich niepożądanych działań ubocznych na żołądek i jelita.

Kilka przytoczonych w rozprawie historyi chorób, wybranych z większej ich liczby, wykazuje ponownie rolę, jaka przypada pyrenolowi w leczeniu chorób dróg oddechowych i dowodzi, że niejednokrotnie działa przetwór ten korzystnie jeszcze tam, gdzie inne leki zawiodły. *Hr. W.*

Mączka Nestle'go wskazana 1) w niestrawności i nieżytach żołądkowo-jelitowych, jako środek swoisty w t. zw. szkodliwościach pokarmu mlecznego (Keller i Czerny), zwłaszcza przeciw biegunkom w porze letniej; 2) w mieszkowem zapaleniu jelit (enteritis follicularis); 3) w skazie kurczowej; 4) w skazie wysiękowej; 5) w zaburzeniach odżywczych, występujących u osesków pielęgnowanych w zakładach. *M. W.*